

**Problèmes posés
par l'anesthésie
chez
les éthyliques chroniques
dans
un service de traumatologie**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François LANGONNET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux d'Alger

Né le 6 Juin 1934, à LA-ROCHE-DE-RAME (Hautes-Alpes)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963

**Problèmes posés
par l'anesthésie
chez
les éthyliques chroniques
dans
un service de traumatologie**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François LANGONNET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux d'Alger

Né le 6 Juin 1934, à LA-ROCHE-DE-RAME (Hautes-Alpes)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1963



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens honoraires M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
Doyen M. J.-F. CIER.
Assesseurs MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET,
HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

Clinique urologiqueMM.	CIBERT.	Clinique traumatologique	
Physique biologique	PONTHUS	des membresMM.	CREYSSSEL.
	(dét. à Bey-	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
	routh).	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Clinique neuro-psychiatri-	DECHAUME.	Pathologie générale et ex-	
que et hygiène mentale		périmentale	GIRARD Paul.
Chimie organique et toxi-	CHAMBON.	Anatomie	LATARJET.
cologie	WERTHEIMER.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique chirurgicale B ..	PAUPERT-	Thérapeutique	GIRARD
Clinique médicale B	RAVAULT.		Marcel.
		Pathologie médicale	VACHON.
Clinique et prophylaxie		Physio-pathologie des voies	
cardio-vasculaires	FROMENT.	respiratoires	GALY.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Radiologie	PAPILLON.
Chimie biologique et médi-		Clinique des maladies in-	
cale	ENSELME.	fectieuses	JEUNE.
Clinique chirurgicale A ..	MAJLET-GUY.	Hydrologie thérapeutique,	
Pharmacie galénique	REVOL.	climatologie et écologie	
Clinique gynécologique ..	POLLOSSON.	sociale	GONIN.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Bactériologie	MONNET.
Médecine du travail	BOURRET.	Physiologie et pathologie	
Clinique médicale A	LEVRAT.	obstétricales	BANSILLON.
Hygiène et action sanitaire		Physiologie B	CHATONNET.
et sociale	SOHIER.	Clinique endocrinologique.	GUINET.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.	Clinique de chirurgie or-	
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	thopédique	TRILLAT.
Chimie analytique phar-		Clinique stomatologique .	FREIDEL.
maceutique	BADINAND.	Clinique de chirurgie et	
Pharmacie chimique et		d'orthopédie infantiles .	MARION
pharmacologie	DREVON.		Joseph.
Médecine légale et déonto-		Matière médicale et légis-	
logie	ROCHE.	lation pharmaceutique .	DORCHE.
Parasitologie et pathologie		Histologie et embryologie.	DUMONT Louis.
exotique	COUDERT.	Chimie	PERROT.
Clinique d'oto-rhino-laryn-		Physiologie A	CIER J.-F.
gologie et d'audio-pho-	MOUNIER-	Thérapeutique chirurgicale	
nologie	KUHN.	et chirurgie opératoire.	PERRIN J.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Clinique de chirurgie car-	
Clinique de dermatologie,		diaque	MICHAUD
syphiligraphie et aller-		Clinique médicale infantile	Pierre.
gologie	THIERS.	et hygiène du premier	
Clinique de pneumo-phti-		âge	X...
siologie	BRUN.	Biologie médicale et phar-	
		macodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM.	BERGER.
Bactériologie		BERTOYE.
Neuro-chirurgie		MANSUY.
Chimie pharmaceutique		COLLET.
Clinique de pédiatrie		SARROUY.
Climatologie		LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique		LIARAS.
Neuro-chirurgie		LECUIRE.
Médecine générale		REVOL.
Thérapeutique chirurgicale		GOINARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSSEL Roger	Pathologie expérimentale	MM. JOUVET.
Hygiène	THIVOLET.	Médecine générale et thé-	
Parasitologie	GARIN.	rapeutique	LEJEUNE.
Electro-radiologie	PINET.	Stomatologie	de MOURGUES
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.		F.
Chimie analytique	de SOLLIERS.	Maladies infectieuses	NAUSSAC.
Médecine du travail	TOLOT.	Chirurgie générale	REBOUILLAT.
Médecine générale	DESPIERRES.	Pédiatrie	ROMAGNY.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Médecine générale	DELAHAYE J.P.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Anesthésiologie	DELEUZE R.
Physique biologique	PEYRIN.	Electroradiologie diagnostic	
Anatomie pathologique	TOMMASI.	et thérapeutique	GIRAUD M.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anesthésiologie	MICHEL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX.	Chimie analytique	MM. MALLEIN.
Thérapeutique	BRETTE.	Hygiène	RIFFAT.
Anatomie	BOUCHET.	Biologie médicale et phar-	
Hématologie	FAVRE-GILLY.	macodynamie	FAUCON.
Histologie et embryologie	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALLIER-
			RAYNARD.

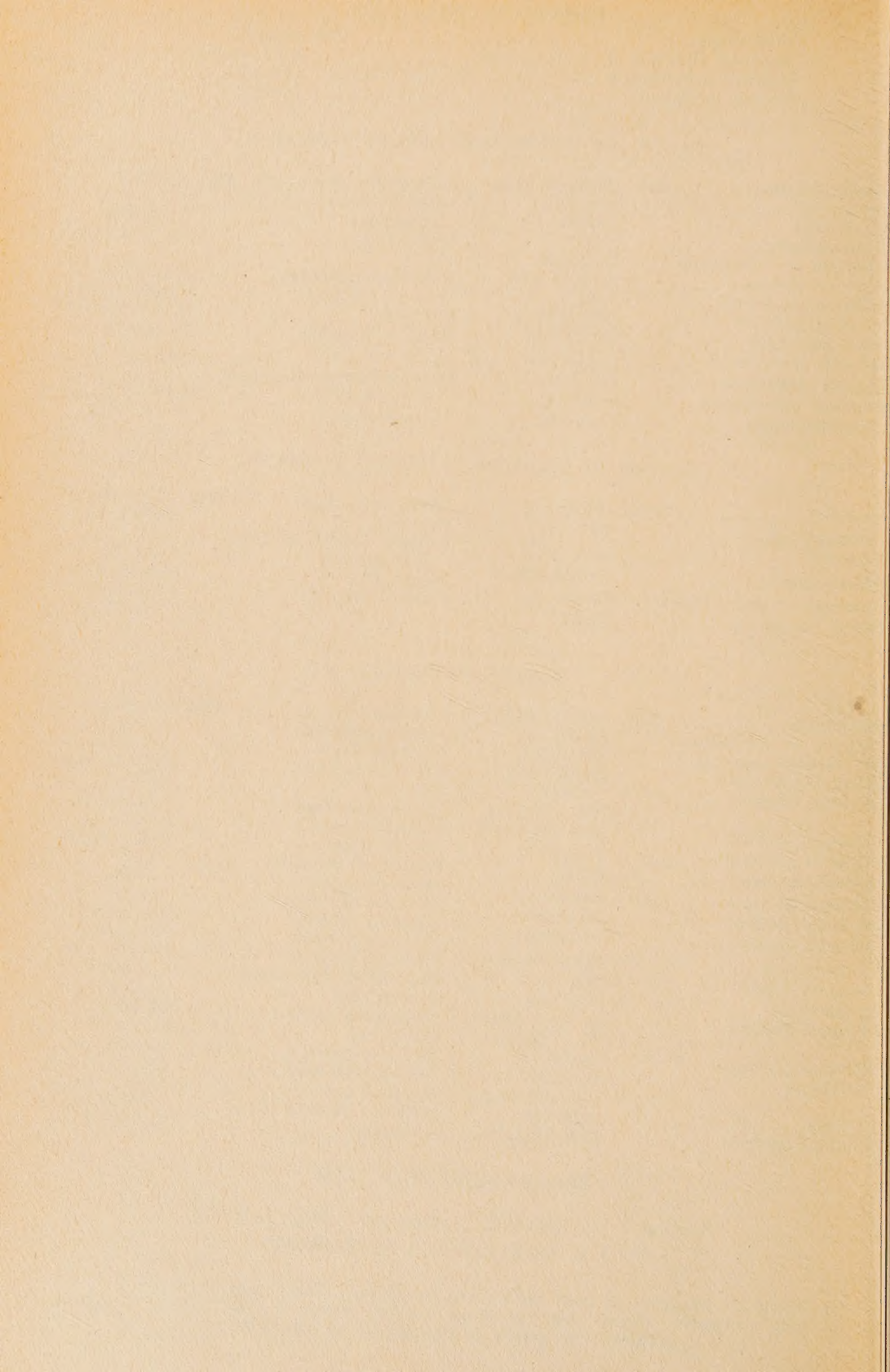
AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique	MM. BURTHIAULT.	Chirurgie générale	MM. SAUBIER.
Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS.	Neuro-psychiatrie	SCHOTT.
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX.	Neuro-chirurgie	ALLEGRE.
Chirurgie générale	GUILLEMIN.	Electro-radiologie	CHASSARD.
Chirurgie générale	JAUBERT-	Orthopédie	FAYSSE.
	DE-BEAUJEU.	Oto-rhino-laryngologie	GAILLARD.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Médecine générale	GARDE.
Médecine générale	PLAUCHU.	Ophtalmologie	HUGONNIER.
Médecine générale	PONT.	Pneumo-phthisiologie	KALB.
Chirurgie générale	SAUTOT.	Médecine générale	LARBRE.
Médecine générale	TRAEGER.	Chirurgie générale	MARET.
Médecine générale	VIGNON.	Médecine générale	MORNEX.
Ophtalmologie	BONAMOUR.	Médecine générale	NORMAND.
Médecine légale	COLIN.	Médecine générale	PERRIN André.
Dermatologie	COLOMB.	Pédiatrie et puériculture	BETHENOD.
Chirurgie générale	de MOURGUES	Stomatologie	DUMAS.
	Georges.	Médecine générale	FRIES.
Médecine générale	DEVIC.	Obstétrique	GARMIER.
Obstétrique	DUMONT	Médecine générale	LAMBERT.
	Martial.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Urologie	DURAND.	Médecine générale	NOEL.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	ROBERT.
		Orthopédie	SCHNEPP.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : J. CREYSSSEL ; Assesseurs : MM. LIARAS,
P.-E. DUROUX et J.-M. ROBERT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR ET SA FAMILLE

A MA TANTE ET A MON ONCLE

A MON PARRAIN

A MA MARRAINE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. CREYSSSEL

*Professeur de clinique de traumatologie
Chirurgien des Hôpitaux*

Nous lui serons toujours reconnaissant de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé dans une période difficile.

Nous avons été ainsi à même d'apprécier son sens de l'humain, tandis qu'au cours de notre service d'externe son contact nous a été riche d'enseignement par l'exemple de sa haute maîtrise chirurgicale.

Nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons. Qu'il soit assuré, que notre fidélité et notre dévouement lui serons toujours acquis.

A Monsieur le Professeur LIARAS

Professeur de Clinique Chirurgicale Propédeutique

Un sort heureux a voulu que nous puissions continuer à travailler sous son égide, alors que c'est à lui que nous devons les premières notions de notre art. Les indications qu'il nous a donné ont largement contribué à notre orientation.

Nous le remercions de sa sollicitude à notre égard et le prions d'accepter ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur P.-E. DUROUX

Professeur Agrégé à la Faculté

Nous avons toujours été très impressionné par l'enseignement clair et encyclopédique qu'il nous a dispensé à la Faculté de Lyon.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous accorde en acceptant de faire partie de notre Jury. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J.-M. ROBERT

Professeur Agrégé à la Faculté

Nous lui savons gré d'avoir accepté de faire partie de notre Jury de thèse. Ses travaux sur l'éthylisme ont contribué à l'élaboration de notre travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur R. DELEUZE

Professeur à la Faculté, Anesthésiologiste des Hôpitaux

Son enthousiasme, son dynamisme communicatif, son sens de la recherche ont eu une influence définitive sur nous tous.

Il nous a confié le sujet de cette thèse, et lors de sa rédaction ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine.

Nous l'en remercions et le prions d'accepter ici l'expression de notre gratitude et de notre profond attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON

A MES CHEFS

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT :

Monsieur le Docteur GUELPA

Monsieur le Docteur SUDAKA

INTRODUCTION

Nous estimons qu'environ 50 % des malades traités au Centre de Traumatologie et de Chirurgie Réparatrice de Lyon sont des éthyliques chroniques. L'éthylique chronique répondant à la définition suivante : « Individu absorbant plus de 200 ml d'alcool à 100 % par jour » selon Ledermann.

Ce pourcentage peut paraître élevé. Dans notre région 200 ml d'alcool pur correspondent à 2 litres de vin ordinaire titrant 10°. Présentés sous cette forme, les 50 % avancés ci-dessus paraissent plus vraisemblables. Devons-nous en conclure que 50 % des Français consomment plus de 2 litres de vin par jour ou leur équivalent en alcool pur ?

M. Ledermann, en 1954, estimait qu'au-dessus de 15 ans 18 % des hommes et 8 % des femmes buvaient plus d'un litre de vin par jour. Ces chiffres varient considérablement en fonction :

- 1° de l'âge des sujets,
- 2° des départements intéressés,
- 3° de la couche sociale étudiée.

Les chiffres de M. Ledermann représentent un pourcentage global de la population, les nôtres sont spécifiques d'un département : le Rhône ; d'une couche sociale : prolétarienne.

Nous ne reviendrons pas sur les nombreuses statistiques faisant de l'alcoolisme le responsable de la majorité des accidents. Nous avons constaté qu'il y contribuait largement.

MM. Derobert et Duchenne rapportent que l'alcoolisme chronique est à l'origine du tiers des accidents du travail.

Les risques encourus par les alcooliques à la suite d'un traumatisme ont été largement et diversement décrits. Nous ne citerons que deux exemples pris dans des hôpitaux de notre région :

— M. Truchet, à l'Hôpital de Chambéry, a pratiqué, de 1957 à 1960, une alcoolémie à tous les traumatisés admis dans son service. Chez 408 traumatisés, M. Truchet a relevé 52 % d'alcoolémie supérieure à 1 g ‰. Le même auteur a relevé, de 1955 à 1959, 83 cas de délires alcooliques post-traumatiques.

— M. le Professeur Creyssel et M. Deleuze, au Centre de Traumatologie et de Chirurgie Réparatrice de Lyon, de 1955 à 1960, sur 5.434 malades ont rassemblé : 17 pré-délires, 11 cas d'agitation, et 9 delirium tremens. Si le pourcentage global des complications observées est faible, il est dû à un dépistage systématique des alcooliques, à l'instauration d'une thérapeutique appropriée dès l'admission des malades dans le service, à des techniques d'anesthésie spécialement adaptées à leurs cas, techniques dont nous proposons d'étudier les grandes lignes dans ce travail.

Nous tenons à préciser les limites de notre thèse : elle ne traite que des problèmes d'anesthésie chez l'éthylique chronique opéré habituellement au Centre de Traumatologie de l'Hôpital E.-Herriot. Cela exclut de notre travail l'étude des traitements pré et post-opératoires dont ces sujets bénéficient dans le service. Nous ne ferons que les ébaucher à l'occasion.

PREMIERE PARTIE

**PHYSIO-PATHOLOGIE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE
ET METABOLISME DE L'ALCOOL ETHYLIQUE**

CHAPITRE PREMIER

PHYSIO-PATHOLOGIE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

En 1960, lors du Congrès de Chirurgie, M. Baumann faisait remarquer aux Congressistes qu'un type d'alcoolique, à l'inverse du grand alcoolique, n'avait que peu retenu l'attention des anesthésistes. Sous ce type, il désignait « les alcooliques courants, sans tare évidente, qui ne demeurent pas moins exposés à des accidents spéciaux ».

Nous limiterons notre travail à l'étude de l'anesthésie chez ce type particulier de malade pour les raisons suivantes :

1° de nombreux travaux antérieurs ont été consacrés aux grands alcooliques : cirrhotiques décompensés, pré-delirium et delirium ;

2° 80 % des éthyliques que nous traitons font partie de cette catégorie de malades.

La grande majorité de ces consommateurs d'habitude excessifs, selon le terme de Reyss-Brion, sont dans notre région des œniliques. Ils sont le plus souvent « victimes de leur profession » : commerçants, chauffeurs-livreurs, ouvriers, barmen, etc...

Nous rappellerons brièvement l'action de l'alcool et du vin en particulier sur :

- 1° le tractus digestif,
- 2° le foie,
- 3° le cœur,
- 4° le système nerveux.

Nous retracerons le métabolisme de l'alcool dans l'organisme, et nous concluerons en montrant quels sont les dangers encourus par ces malades durant l'anesthésie.

1. — Action de l'alcool sur le tractus digestif :

Certains auteurs ont insisté avant nous sur la toxicité des vins de consommation courante. Toxicité due en partie à l'alcool, en partie aux substances qui lui sont adjointes pour sa conservation : acides tartriques, tanins, et même acide trichloracétique, qui fut à l'origine d'un retentissant procès il n'y a pas si longtemps !

LES MANIFESTATIONS GASTRIQUES :

L'alcool introduit dans l'estomac ne subit aucune transformation. Il traverse la paroi gastrique et se répand dans le milieu intérieur sans qu'aucune barrière ne lui soit opposée. La vitesse d'absorption est fonction de plusieurs facteurs :

— ESTOMAC VIDE : l'alcoolémie s'élève quelques minutes après absorption, elle présente son taux maximum une heure après.

— ESTOMAC PLEIN : l'alcoolémie est d'environ 50 % moins élevée que dans le cas estomac vide. Lors de la dilution hydrique, il semblerait que la vitesse d'absorption de l'alcool ne soit ralentie que pour des dilutions supérieures à 90 %. Les dilutions inférieures augmenteraient au contraire les vitesses d'absorption.

Au cours de son bref séjour en milieu gastrique, l'alcool va provoquer les lésions suivantes :

— *la gastrite éthylique* : aiguë ou chronique ;

— *l'ulcère gastro-duodénal* ;

— *la gastrite éthylique aiguë* : s'observe après une absorption massive et unique d'alcool. Elle ne présente aucun intérêt pour nous ;

— *la gastrite éthylique chronique* : en rapport avec une intoxication éthylique répétée. Elle se trouve liée à un échec-veau embrouillé de facteurs : avitaminose du groupe B, abus de mets sapides ou d'apéritifs dans le but de combattre l'anorexie. Cependant, tous les éthyliques ne présentent pas une gastrite.

La symptomatologie de la gastrite éthylique est polymorphe : dyspepsie, flatulence, pesanteurs épigastriques, douleurs

épigastriques crampoïdes de type pseudo-ulcéreux. Les pituites matinales ont une très grande valeur d'orientation.

— *La radiographie* ne décèle le plus souvent aucune image pathologique. Elle peut montrer un aspect irrégulier de la grande courbure, des images de pseudo-niches.

— *La gastroscopie* montre un estomac sec ou hyper-sécrétant, aux plis sinueux et élargis.

— *L'alcoolique* courant est non seulement sujet aux gastrites mais aussi prédisposé aux ulcères gastro-duodénaux. Ces ulcères ont en outre tendance à se perforer. Cette constatation a été de nombreuses fois effectuée par les chirurgiens de garde au pavillon des urgences pour qu'elle puisse être retenue. R. Desjacques est sur ce point formel et insiste « sur l'augmentation considérable des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. L'intervention montre qu'il s'agit de perforations d'ulcères jeunes, à parois souples, non calleux. Les malades avouent une absorption importante d'un vin souvent de mauvaise qualité ». Nous insisterons, avec R. Desjacques, sur la notion de quantité de vin absorbée. Certains vignerons consomment plus de 6 litres de vin par jour et conservent cependant un état général bon. Des mineurs de la région stéphanoise présentent une véritable potomanie, atteignant 10 et 11 litres de vin par jour. L'œnilisme moyen de nos malades se situe autour de 3 litres de vin quotidiens.

2. — Action de l'alcool sur le foie :

— *La cirrhose hépatique* confirmée est hors de notre sujet. Seule la période initiale, où il n'y a pas de lésions macroscopiques du foie, répond aux cas que nous étudions. Sa mise en évidence clinique est délicate. Une hépatomégalie constitue un signe prémonitoire. Le foie est mou, c'est le stade stéatosique de surcharge grasseuse cellulaire. La cellule hépatique ne présente pas encore de signes histologiques de dégénérescence. Cet état est réversible sous l'influence du régime sec et des lipotropes. A ce stade, l'alcool est indiscutablement responsable de l'infiltration grasseuse du foie en mobilisant les réserves grasses et en favorisant la synthèse des acides gras.

3. — Les manifestations cardiaques de l'alcoolisme :

On note fréquemment chez les grands buveurs de vin, jeunes, des troubles cardiaques tels que : palpitations, tachycardie, dyspnée d'effort, dilatation des jugulaires, dilatation des cavités cardiaques droites, ondes T anormales à l'E.C.G.

Ces troubles réagissent peu aux tonicardiaques, alors que les vitamines du groupe B possèdent une efficacité spécifique.

Bogaert a rattaché l'insuffisance cardiaque alcoolique aux troubles cardiaques du béribéri.

Gonnelle et Follin invoquent un dysfonctionnement neuro-végétatif que signe l'instabilité durable du pouls de ces malades. Il s'agirait, pour ces auteurs, de troubles endocrino-végétatifs dus à une carence en vitamine B₁.

4. — Les complications neurologiques et psychopathiques de l'alcoolisme :

Les lésions provoquées par l'alcool sur les tissus nerveux ont un caractère polymorphe. Les constatations anatomo-cliniques sont insuffisantes pour expliquer la pathogénie de la polynévrite.

La psychopathologie de l'alcoolique chronique conduit à considérer cet individu comme un névrotique en puissance. Cette conception est fondée sur les expériences de Massermann. L'éthylique chronique est un sujet irritable, méfiant, présentant une appétence traumatophilique qui le conduira de façon répétée au Centre de Chirurgie Réparatrice. L'interrogatoire est confirmatif : troubles du sommeil, perceptions cénesthésiques anormales, crampes, picotements, rêves professionnels ou érotiques, zoopsies manquent rarement.

Sous l'effet d'un choc traumatique ou d'une intervention, l'équilibre organique précaire de ces malades peut être rompu.

On atteint alors les états délirants :

- Délires subaigus ;
- Delirium tremens ;
- Delirium tremens gravissime.

Etats que l'on doit prévoir et surtout prévenir.

CHAPITRE II

METABOLISME DE L'ALCOOL ETHYLIQUE

L'alcool éthylique absorbé, par voie buccale, passe dans le sang au niveau de l'estomac.

— La vitesse de passage est fonction, nous l'avons vu antérieurement :

- a) de la dilution plus ou moins grande de l'alcool ;
- b) de l'état de vacuité ou de réplétion de la cavité gastrique ;
- c) du rythme de l'ingestion ;
- d) de la présence de gaz carbonique dans l'alcool ingéré.

— L'alcool diffuse ensuite dans tout l'organisme. Le sang artériel, d'abord plus riche que le sang veineux, distribue l'alcool aux tissus qu'il irrigue et s'appauvrit rapidement. Il se crée bientôt un équilibre entre la concentration artérielle et veineuse en alcool.

L'alcool ne se répartit pas, dans les différents tissus et humeurs de l'organisme, selon des concentrations identiques.

Vanhecke et Thomas ont établi un diagramme des concentrations, en prenant pour base de référence la teneur du sang égale à 1.

Urine	1,32	Muscle strié	0,81
L.C.R.	1,27	Rate	0,81
Bile	1,10	Myocarde	0,80
Testicule	0,97	Cerveau	0,75
Rein	0,87	Foie	0,52

Ces chiffres font apparaître la forte concentration du L.C.R. par rapport à celle du foie, organe où vont se produire les premières phases de l'oxydation de l'alcool éthylique. Ce diagramme n'est valable, il faut le souligner, qu'au moment précis où le sang ne recevant plus d'alcool à partir de son lieu d'introduction, n'en cède aux tissus qu'autant qu'ils en oxydent.

1. — Elimination de l'alcool :

Elle s'opère de deux façons :

ELIMINATION DE L'ALCOOL NON OXYDÉ,

ELIMINATION DE L'ALCOOL APRÈS OXYDATION.

On estime que 5 % de l'alcool ingéré sont éliminés directement par les émonctoires.

Atwater et Benedict pensent que seuls 2 % de l'alcool ingéré sont éliminés directement.

Cette élimination a lieu au niveau des organes suivants :

— *Les reins* : Les dosages d'alcool dans les urines apportent des chiffres très contradictoires. Ces résultats ne doivent pas être considérés comme très rigoureux. De nombreux facteurs d'erreurs interviennent. La vessie contenant au préalable de l'urine non alcoolisée. On trouvera un taux d'élimination urinaire trop faible.

L'alcool diffuse à travers la paroi vésicale. La diffusion se faisant vers le milieu le moins concentré en alcool.

Selon Strassman, seuls 1,45 % de l'alcool ingéré sont éliminés par voie urinaire.

— *Les poumons* : La respiration détermine une clearance alcoolique pulmonaire de l'ordre de 4 ml/mn. Une hyperventilation augmente relativement peu cette clearance (E. Le Breton). Les auteurs estiment qu'au bout de 6 heures l'élimination pulmonaire est à peu près égale à l'élimination urinaire.

La teneur en alcool de l'air alvéolaire est fonction de celle du sang puisque l'alcool répond à la loi de Henry.

Ainsi les deux principaux émonctoires de l'organisme : reins et poumons, n'éliminent que 3 % de l'alcool absorbé.

— *La salive* : Nicloux montrait en 1900 que le taux d'alcool dans la salive et dans le sang est à peu près identique, la salive étant normalement déglutie, on peut considérer ce mode d'élimination comme nul.

2. — Oxydation de l'alcool dans l'organisme :

Le processus de cette oxydation a été précisé par E. Le Breton :

a) *L'alcool passe à l'état d'acétaldéhyde par perte de 2 atomes d'Hydrogène sous l'influence d'un système enzymatique complexe.*

L'enzyme proprement dite est une déshydrase qui active l'Hydrogène de l'alcool et de l'acétaldéhyde pour le rendre mobile : c'est l'alcool déshydrase.

— L'Hydrogène de l'alcool ou de l'acétaldéhyde rendu mobile par l'alcool déshydrase se fixe sur un coenzyme. Ce coenzyme est, chimiquement, une adénine-pyridine-nucléotide (D.P.N.).

Les deux atomes d'Hydrogène mobilisés se fixent sur le noyau pyridine avide d'Hydrogène. Il passe alors à l'état de déshydropyridine.

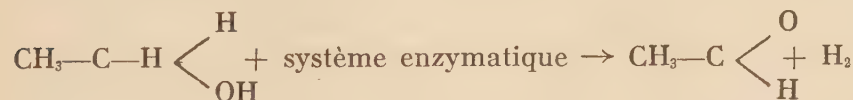
b) *Transformation de l'aldéhyde acétique en acide acétique.*

Elle s'effectue sous l'action d'enzymes comprenant les flavoprotéines et les déshydrogénases.

Les aldéhydes sont oxydés en :

acide acétique + peroxyde d'Hydrogène.

Le peroxyde d'Hydrogène obtenu au cours de la réaction ci-dessus va, à son tour, oxyder l'alcool selon la théorie de Keilin et Hartree. On peut écrire schématiquement les réactions de la façon suivante :



3. — Le coefficient d'éthyl-oxydation (C.E.O.) :

Il est nécessaire, du point de vue physiologique, de connaître la rapidité de cette oxydation.

La combustion de l'alcool est assez rapide. En 12 heures, près de 72 % des quantités d'alcool ingéré ont été détruites. En 24 heures, tout l'alcool ingéré a disparu. Seuls subsistent les produits de dégradation transformés en graisses ou en glycogène, que l'on peut suivre en faisant absorber à l'animal d'expérience de l'alcool possédant un carbone marqué. Divers auteurs ont tenté de mesurer cette vitesse d'oxydation et d'en donner un ordre de grandeur : c'est le coefficient d'éthyl-oxydation.

Ce coefficient représente la quantité d'alcool que peut brûler un sujet donné en une heure. Il renseigne sur les quantités d'alcool réellement oxydées.

On le détermine expérimentalement de la façon suivante :

— des souris et des rats reçoivent une certaine quantité d'alcool par voie gastrique. La quantité d'alcool vraiment oxydée est calculée en défalquant de l'alcool ingéré, les quantités d'alcool rejeté par les poumons et les urines et celles déposées dans les tissus. Les résultats obtenus sont rapportés à l'unité de poids (kg) et de temps (h) ;

— le coefficient d'éthyl-oxydation est modifié par de nombreux facteurs constitutionnels ou fondamentaux.

a) FACTEURS CONSTITUTIONNELS :

Wistar, sur des animaux de race pure, nés le même jour, observe que le C.E.O. est plus grand pour les femelles que pour les mâles. Il remarque, de plus, que le facteur constitutionnel le plus important paraît être l'âge. L'oxydation de l'alcool augmenterait avec l'âge.

b) FACTEURS BIOLOGIQUES :

— *Le traumatisme* et plus particulièrement le traumatisme crânien, accompagné de perte de connaissance, retarde la résorption de l'alcool et en ralentit l'oxydation. Ainsi la teneur du sang en alcool est toujours élevée dans ces cas-là.

— *L'insuline* a une action discutée sur la courbe d'alcoolémie. Certains pensent qu'elle accélère l'oxydation de l'alcool, d'autres n'observent aucune modification.

— *Les barbituriques* n'ont pas d'action sur la courbe d'alcoolémie elle-même, mais ils aggravent le tableau clinique de l'ivresse. On a signalé, après injections intra-veineuses de barbituriques, la possibilité de complications pulmonaires, rénales, etc...

Les barbituriques agissant dans le même sens que l'alcool, en élevant la chronaxie, peuvent transformer un alcoolique agité en un alcoolique ivre-mort.

c) FACTEURS EXPÉRIMENTAUX :

— *L'alimentation* possède une grande influence sur le C.E.O. Dontcheff a montré que chez le rat blanc, nourri exclusivement avec des lipides, la quantité d'alcool oxydé est de 40 % plus faible si l'animal est soumis à un régime hydrocarboné.

— *L'influence du travail musculaire* : les travaux de Le Breton lui ont permis de conclure sans ambiguïté que l'animal fournissant un travail musculaire tel que ses oxydations totales soient doublées ou triplées, la vitesse d'oxydation de l'alcool reste la même.

— *L'accoutumance* constitue un problème très controversé. Certains auteurs pensent que l'absorption régulière d'alcool provoque une augmentation du C.E.O. Cette hypothèse expliquerait le fait que l'éthylique chronique supporte plus facilement que l'abstinant des quantités considérables d'alcool.

Bernhard et Goldberg se sont livrés aux expériences suivantes chez l'homme :

Ils firent ingérer à 18 individus alcooliques et abstinents des doses d'alcool absolu correspondant à 0,5 g/kg de poids. Par dosage de sang selon la microméthode de Widmark, transformée par Linde, ils édifièrent pour chacun de leurs sujets la courbe complète de l'alcoolémie. Les résultats obtenus leur permettant de conclure que la rapidité de combustion de l'alcool dans le sang est pratiquement la même chez les alcooliques chroniques que chez les abstinents. Seul le maximum de

résorption paraît se produire un peu plus précocement chez les alcooliques chroniques.

Hansen donne tous les deux jours, pendant trois à quatre semaines, 30 g d'alcool absolu à des abstinents et à des animaux. Il obtient par ce procédé un certain degré d'accoutumance chez ses sujets d'expérience. Leur C.E.O. est identique à celui des sujets abstinents pris comme témoins.

Esparceil, dans sa thèse, pratique des expériences sur deux types d'individus internés au quartier d'aliénés des Hospices d'Agen :

— des malades atteints de troubles mentaux sans corrélation quelconque avec tout état d'alcoolisme actuel ou passé (idiotie, imbecilité) composent le premier lot ;

— des vieux récidivistes imprégnés, présentant tous les stigmates classiques de l'alcoolisme chronique (hépatomégalie, pituiteux, cirrhotiques, subictériques et délirants, formaient le deuxième lot.

Sa technique était la suivante :

La veille de l'expérience, régime sans alcool, mets légers et non sucrés. Examen du sang à jeun afin de montrer l'absence de toute trace d'alcool, alcool pouvant exister à l'état physiologique excepté. Les malades absorbaient à jeun, en 2 mn, une quantité d'alcool non dilué, équivalent en teneur à 0,50 g/kg de poids sous forme d'Armagnac à 50 %.

L'étude de la combustion de l'alcool se faisait par le dosage de l'alcoolémie et de l'alcoolurie.

Les conclusions de l'auteur montrent, une fois encore, que la résorption et l'élimination de l'alcool sont identiques chez les malades abstinents et chez les alcooliques chroniques.

DEUXIEME PARTIE

L'ANESTHESIE CHEZ L'ALCOOLIQUE CHRONIQUE

Il se dégage de l'étude effectuée au cours de la première partie de ce travail deux notions essentielles pour l'anesthésiste :

1° L'ÉTHYLIQUE, courant dans notre région, est un individu dont l'absorption journalière moyenne voisine 2,5 à 3,5 l de vin, soit environ 250 à 350 ml d'alcool à 100 %. Ces éthyliques se recrutent avec le maximum de fréquence parmi les vignerons, les ouvriers, les maçons, les manœuvres, les chauffeurs-livreurs, etc... On ne peut parler de dipsomanie ou de potomanie chez ces malades. Ce sont des sujets s'adonnant de longue date à la boisson, de façon régulière. Travailleurs manuels, souvent polyphages, ils se présentent comme des blessés de constitution robuste, fréquemment obèses, toujours agités. Ces trois caractères compliquent la tâche de l'anesthésiste : à une résistance naturelle aux produits anesthésiques, s'ajoute une résistance acquise du fait de leur intoxication chronique. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'alcoolique chronique dort difficilement après administration de barbituriques. Aussi l'obtention d'une anesthésie correcte nécessite-t-elle des doses de barbituriques proches des doses toxiques.

2° LES MALADES étudiés ici sont des éthyliques non décompensés mais biologiquement fragiles, chez lesquels, plus que tous autres, il faut éviter les causes d'agression. En effet, il est à remarquer que quelques heures, voire un jour, après leur accident, certains de nos éthyliques courants présentent des délires et pré-délires. Dans tous ces cas, nous repoussons l'intervention pour entreprendre la mise en route d'une thérapeutique :

a) *Apport hydrique et calorique par perfusion veineuse* continue de lévulose ou de solution glucosée iso ou hypertonique à 30 %. La perfusion glucidique permet en outre un sevrage brusqué et total. L'emploi des solutions glucosées est préférable à l'utilisation du Sorbitol qui a contre lui d'être

métabolisé au niveau du foie. Ces malades possèdent un foie stéatosique, ce qui retardera le métabolisme du Sorbitol. Pour la même raison, les solutions glucosées sont préférables à l'alcoolothérapie. Il nous arrive cependant d'utiliser l'alcool glucosé hépatisé en solution à 25 %, à la dose de 50 ml une ou deux fois par jour (Curéthyl).

b) *Vitaminothérapie B, dont le rôle est considérable :*

— disparition de la carence en vitamine B responsable, à elle seule, de certains désordres des cellules cérébrales ;

— dégradation des produits intermédiaires de la combustion de l'alcool, dont le métabolisme est souvent incomplet chez l'alcoolique chronique (travaux de Lecoq) ;

— efficacité spécifique dans le cas d'insuffisance cardiaque alcoolique (Gonin). Un collapsus cardio-vasculaire observé en cours d'anesthésie chez un malade porteur d'une insuffisance cardiaque alcoolique ne se corrige pas par l'administration d'analeptiques cardiaques ou vasculaires ; pas plus qu'il ne se corrige par des perfusions, des transfusions ou l'administration de digitaliques.

c) Médication calmante pour lutter contre l'agitation et l'action du tonus musculaire exagéré de ces malades sur leurs foyers de fractures : Viadril, Diparcol, Dolosal, Nembutal, etc...

d) Corticothérapie pratiquée avec doigté et uniquement si toute notion de gastrite ou d'ulcère a été formellement écartée.

Dans tous les cas, on pratique un bilan neurologique, cardiologique, pulmonaire et humoral rigoureux avant l'intervention.

CHAPITRE PREMIER

SOLUTIONS PROPOSÉES PAR DIFFÉRENTS AUTEURS

L'alcoolique pose actuellement à l'anesthésiste des problèmes quotidiens. Les traités d'anesthésie donnent des solutions plus ou moins schématiques pour résoudre ces problèmes. Les différents degrés de l'intoxication alcoolique amènent la plupart des auteurs à distinguer deux types principaux de malades :

a) le sujet en bon état général apparent, pléthorique, chez lequel l'éthylisme est suspecté en raison de la profession, des résultats de l'interrogatoire, de l'examen ou des données fournies par l'anamnèse ;

b) l'éthylique décompensé, amaigri, dénutri, cirrhotique ou ascitique, malade heureusement assez rare, et que nous n'étudierons pas dans ce travail.

En 1947, Goinard procédait de la façon suivante :

a) TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE.

— *Sevrage en alcool*, mais alimentation riche en glucides et perfusion de sérum glucosé iso-et hypertonique. L'auteur insistait sur la nécessité de maintenir une bonne hydratation.

— *Strychnine* : 6 à 8 g/jour selon le degré d'imprégnation alcoolique.

— *Bévitine*, extraits hépatiques et insuline à faible dose de façon systématique.

b) ANESTHÉSIE.

Goinard utilisait de préférence l'anesthésie locale. Si besoin était, il administrait quelques bouffées de Kélène.

Rouet, en 1956, préconisait les méthodes suivantes :

a) Préparation à l'intervention.

L'auteur administre non pas des substances inhibitrices des effets nerveux sur l'alcool genre Gardénal, strychnine, mais essaie de déclencher des processus enzymatiques qui assurent le catabolisme de l'alcool et s'attaquent aux produits d'élimination. Il s'adresse pour cela au couple Nicotamide-Adénine commercialisé sous le nom de Curéthyl B. Il y associe des vitamines du groupe B. Une alimentation riche en lipides, en glucides et surtout en protides : Choline, Méthionine, ainsi qu'une hydratation suffisante.

Dans les formes délirantes et chaque fois que se manifeste le besoin impérieux de boissons alcoolisées, il utilise les perfusions de sérum glucosé alcoolisé intra-veineux ou d'alcool glucosé hépatisé. Rouet recommande une cure de sommeil pré-opératoire obtenue avec des Barbituriques à élimination lente : Eumoctal, Nembutal, etc...

b) Lors de l'intervention :

Rouet retient que l'alcoolique est très résistant à l'anesthésie. Il fait boire tous ses malades avant l'intervention : thé, café, alcool ; ou bien il installe une perfusion intra-veineuse de sérum alcoolique préparée avec 60 ml d'alcool éthylique pour mille. La prémédication n'est pas retenue comme nécessaire à l'anesthésie.

c) Au début de l'anesthésie :

Il administre de fortes doses de Pentothal : 80 cg, voire 1 g. Si le malade bouge au moment du passage de l'iode sur l'abdomen, l'auteur réinjecte 25 cg de Pentothal et enchaîne au Cyclopropane à 30 ou 40 % pendant quelques minutes au début de l'intervention.

Brodowsky, par contre, conseille une large prémédication.

Association Prométhazine : 50 mg, Chlorpromazine : 25 à 50 mg. Leur administration se fera par voie endoveineuse lente. Dans les cas d'intoxication moins accusée l'administration de ces substances pourra être effectuée par voie intra-musculaire. Si l'anesthésie générale s'avère nécessaire, une induction intra-veineuse rapide évite le stade d'excitation et les incidents du début de l'anesthésie. L'auteur fait le plus souvent usage des Thiobarbituriques à doses fortes d'emblée. Si le sujet réagit fortement malgré cela à toute stimulation douloureuse, il est inutile, voire dangereux, de dépasser 1,50 g de barbituriques. Il faut alors passer au cyclopropane ou recourir à la Péthidine. Pour l'entretien de l'anesthésie, il évite l'emploi massif des agents volatils.

N. du Bouchet insiste sur les accidents du sevrage.

Il préconise de faire absorber par les malades des boissons alcooliques auxquelles il est accoutumé, cela jusqu'au matin même de l'intervention.

— *La prémédication envisagée est la suivante :*

Péthidine seule à la dose de 100 à 150 mg.

Prométhazine à la dose de 25 à 50 mg avec ou sans Chlorpromazine à la dose de 0,025 g.

Administrées une heure avant l'intervention.

— *Pour l'anesthésie elle-même :*

L'auteur utilise les barbituriques à dose forte d'emblée : 0,50 g à 1 g de Penthiobarbital pour obtenir l'induction. Il associe les curares aux barbituriques aux doses habituelles.

N. Du Bouchet préconise encore l'association Viadril-Barbituriques, couple constituant une anesthésie utile chez l'alcoolique.

— *Dans les soins post-opératoires :*

Utilisation large des sédatifs de manière à réaliser une véritable cure de sommeil pendant quelques jours.

Pour Gilles, la prémédication est indispensable.

Elle doit être forte, sédatrice, analgésique et vagolytique. Pour l'anesthésie elle-même, il est préférable de recourir lorsque cela est possible, à une anesthésie locale, loco-régionale ou rachidienne. Si l'on pratique une anesthésie générale, une dose d'induction relativement forte d'emblée permet une économie relative par la suite. Mais l'auteur conseille de remplacer au moins en partie l'éther ou les barbituriques par des produits facilement métabolisés : Hydroxydione, Chlorothiazol. L'analgésie doit être plus poussée et plus longue que la narcose pour éviter que la douleur soit un facteur d'agitation au réveil.

Desvignes préconise l'anesthésie légère, combinée à l'anesthésie locale.

Lorsqu'elle utilise l'anesthésie générale, elle l'obtient par le cyclopropane et le Pentothal à faibles doses. Tous ses malades sont intubés ce qui lui permet d'utiliser le curare pour le maintien des conditions opératoires.

En conclusion, il ressort des différentes méthodes exposées que la majorité des auteurs préconisent une prémédication efficace analgésique et vagolytique.

L'anesthésie loco-régionale et la rachi-anesthésie doivent être utilisées dans la mesure du possible. Elles demandent cependant une préanesthésie lourde ; de plus la Procaïne à hautes doses n'est pas sans inconvénients.

Dans les cas où l'anesthésie générale est procurée par les barbituriques, il convient d'administrer une dose d'induction relativement forte d'emblée.

L'anesthésie est maintenue par les anesthésiques volatils habituels : Cyclopropane, Protoxyde d'azote. On évite l'éther qui agit mal chez l'éthylique.

Les curares auxquels l'alcoolique est normalement sensible rendent de grands services pour le maintien des conditions opératoires.

Enfin les auteurs insistent sur le rôle primordial de l'analgésie post-opératoire pour éviter que la douleur soit un facteur d'agitation au réveil.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous ne rapportons que 59 observations d'anesthésie effectuées chez l'éthylique courant.

En effet, le nombre total de nos observations sur ce sujet atteint le chiffre de 2.850. Il nous est matériellement impossible de relater tous ces cas dans ce travail.

Nous avons échantillonné une première fois parmi les 2.850 observations de façon à n'en retenir que 500. Ces 500 observations possèdent un caractère représentatif, de nos méthodes d'anesthésie et de nos résultats, indéniables.

Parmi ces 500 observations, nous en avons retenu 54 en nous basant sur certains critères :

a) MALADE ÉTIQUETÉ « ÉTHYLIQUE COURANT » avec certitude. Nous avons tenu compte pour cela :

- *de l'aveu du malade* affirmant une consommation de vin supérieure à 2 litres par jour depuis plusieurs années ;
- *de son état général.*

b) CAS LES PLUS DÉMONSTRATIFS.

- *malades obèses et éthyliques ;*
- *malades présentant un accident délirant pré-opératoire.*

c) ENFIN OBSERVATIONS QUI NOUS PROCURAIENT LES DONNÉES LES PLUS COMPLÈTES.

Nous leur avons adjoint 5 observations d'anesthésie d'un mode original mais dont nous avons une grande expérience : l'anesthésie au Penthrane.

Au cours de ces 8 dernières années, en effet, nos techniques d'anesthésie chez l'alcoolique ont évolué prudemment. Nous

sommes restés fidèles le plus souvent et le plus longtemps possible aux techniques qui paraissaient nous procurer les meilleurs résultats. Nous avons utilisé une nouvelle méthode chaque fois que notre expérience nous a montré que celle-ci possédait des avantages certains sur les méthodes que nous employions jusqu'alors.

Nos observations ont été classées selon un ordre chronologique de façon à donner une idée schématique de l'évolution progressive de nos techniques au cours de ces 8 dernières années.

Un tableau récapitulatif à la fin de nos observations, comportant des références à celles-ci, permet de donner une idée plus synthétique des sujets anesthésiés, des techniques employées et des résultats obtenus.

Nous présentons 4 types principaux d'anesthésie effectuées après les prémédications suivantes :

— association Diéthazine (Diparcol) Péthidine (Dolosal) chez 60 % de nos malades éthyliques courants et 48 % des cas rapportés ici ;

— Diparcol — Dolosal + Prométhazine (Phénergan) chez 19 % des cas totaux et 12 % de nos observations ;

— les prémédications diverses : Cocktail Laborit, Théralène, Diparcol-Dolosal + Largactil, Diparcol-Dolosal + R₆40 404 (Taractan), Dolosal + Phénergan se partagent les 40 % restants de nos observations.

1. *Barbituriques* (Penthiobarbital) + Curares + Protoxyde d'Azote à 50-60 % dans le mélange. Cette méthode a constitué notre anesthésie classique jusqu'en 1960.

2. *Anesthésies stéroïdes* (succinate sodique de 21 Hydroxyprégnandiol ou Viadril) pratiquées seules ou avec des anesthésiques de complément.

3. *Utilisation en association* au Penthiobarbital ou au Viadril du Pyrrolamidol (Palfium) administré seul ou avec Taractan.

4. *Etude d'un nouveau procédé* expérimenté et utilisé dans le service : anesthésies par le DA 759 ou Méthoxyflurane ou Penthrane.

Description des techniques utilisées

Le malade est préparé au moins 30 mn avant l'intervention s'il est prémédiqué avec la méthode Diparcol-Dolosal. On installe une perfusion de 250 ml de sérum glucosé contenant le Diparcol-Dolosal. Cette perfusion est effectuée en salle d'anesthésie sous surveillance permanente.

Lorsque nous utilisons l'Hydroxydione ou Viadril, nous procédons de la même façon. Nous dissolvons 1 g de Viadril dans 250 ml de sérum physiologique que nous administrons par voie intra-veineuse à raison de 100 gouttes par minute. Le malade s'endort insensiblement en 20 à 25 mn. Nous utilisons rarement la méthode rapide préconisée par Thuries.

L'anesthésie complémentaire a été dans la plupart des cas le Penthiobarbital, seul ou complété lui-même par du protoxyde d'Azote.

Le curare a été largement utilisé pour des raisons de maniabilité mais aussi à cause de la non-résistance opposée par l'alcoolique chronique à ce produit. Nous nous sommes servis le plus souvent de D-Tubocurarine à doses généralement faibles.

Dans les cas d'anesthésie au Penthrane, nous rapportons 2 observations d'anesthésie effectuées sans aucune prémédication. L'induction est obtenue avec le mélange N_2O-O_2 (8 : 2 1) — appareil de Marrett — cuve à éther. Le passage au Penthrane s'effectue progressivement et sans incidents, en circuit semi-ouvert, associé à l'Oxygène. On pratique de même l'association Penthiobarbital + Penthrane ou l'association Penthiobarbital + Curare + Penthrane + N_2O , avec ou sans prémédication.

Nous spécifierons l'horaire du réveil anesthésique et pour ce faire, nous admettons que le malade est réveillé lorsqu'il est capable de répondre à une question simple telle que donner son nom à la demande. Nous fixerons ce réveil par le temps écoulé depuis la fin de l'intervention jusqu'à l'obtention de cette réponse. Nous indiquerons si le réveil a été calme ou agité, s'il y a eu des nausées ou vomissements. Enfin au cours de nos observations et des tableaux qui les suivront, nous devons utiliser les abréviations dont nous allons donner la signification. Que le lecteur veuille bien nous en excuser, elles nous ont été imposées pour des raisons de disposition :

T.A. : tension artérielle
T.C. : temps de coagulation
M.E.G. : mauvais état général
B.E.G. : bon état général
S.G. : sérum glucosé
D.T. : delirium tremens

DipDol : Diparcol + Dolosal
Nes. : Penthiobarbital = Nesdonal
D. Tubo : D. Tubocurarine
Palf. : Palfium
Flax. : Flaxédil

OBS. n° 1. — N... Antoine, 67 ans, cultivateur.

Coxarthrose gauche.

Ethylisme avoué : 2 l/jour.

— Examen clinique :

éthyl. bien compensé, foie à un travers de doigt, sujet vigoureux.

Card. vasc., T.A. : 17/8, ausc. normale.

— Examen neurologique : R.A.S.

— Examen de laboratoire :

Urée : 0,21 g %.

Protéines : 58 g.

Hématocrite : 45.

— Intervention le 26-11-55. Arthrodèse.

— Prémédication : 9 heures : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

11 h. 45 : Nesdonal : 0,40 g + D. tubo. : 4 ml.

12 h. : Nesdonal : 0,40 g. Mise en place d'une solution de glucosé iso.

13 h. : Fin intervention ; T.A. : 17/8. Pouls : 80.

— Réveil : nausées le soir et le lendemain, pas d'agitation.

— Suites : D.C.D. au huitième jour par embolie pulmonaire.

OBS. n° 2. — B... Claude, 52 ans, chauffeur.

Fracture du col anatomique de L'humérus D.

— Examen clinique : contusions multiples : épaule D., face et thorax.

pas de perte de connaissance. T.A. : 15/9.

Ethylisme : avoue 3 l/jour de vin depuis plus de 20 ans.

Hépatomégalie.

Polynévrite des membres inférieurs.

— Examens de laboratoire :

Protéines : 56 %.

T.C. : 20 mn.

Ionogramme : Normal.

— Intervention le 12-2-55 : réduction sanglante.

— Prémédication : 8 heures : Dolosal - Phénergan.

— Anesthésie : 9 heures, début. Terminée : 11 heures.
a reçu :

Nesdonal : 1 g.

D. Tubo. : 5 ml.

Ether : 10 g.

- Malade résistant aux anesthésiques : anesthésie peu profonde.
— Réveil : 45 mn plus tard. Pas de vomissements. Pas d'agitation.
— 4 heures plus tard, frissons : Phénergan + Soppolosal.
— Suites : lendemain de l'intervention, poussée thermique à 38°5, sueurs, légère agitation psychomotrice. Antibiothérapie + Béviténe, durée 3 jours.

OBS. n° 3. — J... Robert, 38 ans, charcutier.

Sciatique gauche par hernie discale.

— Examen clinique :

Ethylisme avoué : 3 l/jour de vin.

Sujet jeune et très vigoureux.

Cœur, poumons : R.A.S.

— Examen neurologique : Normal.

— Intervention le 16-8-56 : Hémilaminectomie G. de L₃, ablation de la hernie discale.

— Prémédication : 9 heures : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

12 h. : Nesdonal : 0,40 g.

D. Tubo : 6 ml, intubation.

N₂O : 50 %.

12 h. 15 : Nesdonal : 0,20 g.

12 h. 30 : Nesdonal : 0,20 g.

12 h. 45 : Nesdonal : 0,15 g.

13 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

13 h 45 : Fin de l'intervention.

T.A. : 12/7. Pouls : 80. pendant toute la durée de l'intervention.

— Réveil : calme. Pas de nausées, pas de vomissements.

— Suites : 2° jour après l'intervention vomissements, angoisses, cauchemards nocturnes. Température à 38°5.

— Traitement : Largactil + Béviténe.

— Suites simples après le 3° jour.

OBS. n° 4. — D... André, 54 ans, ouvrier agricole.

Arthrose de la hanche gauche + sciatique du même côté.

— Examen clinique :

Bon état général ; cœur, poumons : R.A.S. ; T.A. : 14/8.

Hépatomégalie légère. Ethylismes : 3 litres/jour.

— Examen de laboratoire :

Hématocrite : 41 %.

Chlore : 3,58 g %₀₀.

R.A. : 52,2 vol.

Potassium : 4,5 meq.

Calcémie : 98,6 mg/l.

Sodium : 120 meq.

Protéines : 58 g %₀₀.

Urée : 0,30 g %₀₀.

- Intervention le 22-12-56. Après 7 jours de traitement aux vitamines du groupe B.
- Opération d'émondage, évidemment, bourrage.
- Durée : 1 h. 30.
- Prémédication : Phénergan - Dolosal.
- Anesthésie :
 - 9 h. 45 : Nesdonal : 0,30 g.
D.T. : 4 ml.
 - 9 h. 50 : D.T. : 1 ml.
Nesdonal : 0,20 g.
 - 10 h. : Nesdonal : 0,20 g.
N₂O : 70 %.
 - 10 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.
- Opération terminée à 11 h. 15.
- Réveil : légers vomissements, calme.
- Suites simples.

OBS. n° 5. — P... Marcel, 54 ans, garçon de courses.

- Lésions : Paralysie radiale par englobement.
- Examen clinique : état général médiocre, dénutri, anorexie, éthylysme important, désintoxication en 1953 au Vinatier. Névrite optique.
 - Examen de laboratoire :
 - Hématocrite : 42 %.
 - Protéines : 73 g ‰.
 - Test hépatique :
 - Mac Lagan : 5,5 unités.
 - Floculation : +.
 - Hangers : +.
 - Intervention le 5-2-56 : Libération.
 - Prémédication : Phénergan - Dolosal à 10 heures.
 - Anesthésie : Début : 11 h. 15. Fin : 13 heures.
Nesdonal : 0,30 g + Intocostrine : 100 U. Intubation.
L'anesthésie est entretenue au N₂O + Nesdonal : 0,15 tous les 1/4 d'heure.
 - Réveil : à 15 heures. Pas de vomissements, pas d'agitation, mais légère poussée thermique qui régresse rapidement.
 - Suites simples.

OBS. n° 6. — D... Lucien, 47 ans, marbrier.

- Pseudarthrose du col du fémur.
- Examen clinique : éthylysme à 2 l., à retentissement caractériel assez important. Etat général bien conservé.
 - Examen de laboratoire :

Test hépatique :

Gros : négatif.

Hanger : négatif.

Mac Lagan : négatif.

— Intervention : le 21-2-57 : enclouage + ostéotomie. Durée : 2 h. 30.

— Prémédication :

8 h. : Nembutal + Phénergan suppositoire.

10 h. : Diparcol + Dolosal une demie-ampoule de chaque. I.V. lent.

11 h. : Nesdonal 0,30 g ; D. tubo-curarine 4,5 ml. I.V.

11 h. 05 : Début de l'intervention. T.A. : 12.

11 h. 15 : Diparcol + Dolosal, une demie ampoule de chaque.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,20 g.

11 h. 45 : D. tubo-curarine : 1 ml.

12 h. : D. tubo. : 0,30 ml.

13 h. : D. tubo. 0,10 g. Mise en place sérum glucosé : 500 ml.

Poussée tensionnelle à 23. Pouls à 100.

13 h. 30 : Fin de l'intervention.

— Réanimation :

Sang : 500 ml.

Sérum glucosé : 1 l.

— Bon réveil : ni nausées, ni vomissements, malade conscient à 15 heures.

— Suites opératoires immédiates simples.

— Suites opératoires tardives : il est nécessaire d'intervenir sur le plan psychothérapique.

OBS. n° 7. — B... Auguste, 76 ans, cultivateur.

Fracture transcervicale du col du fémur droit en coxa-vara.

Ethylisme : 2,5 l avoués.

— Examen clinique : bon état général malgré son âge, foie débordant à 3 travers de doigt les fausses côtes droites.

— Examen cardio-vasculaire : pouls à 80, tension artérielle : 16/9.

Examen pulmonaire : R.A.S.

— Intervention sous A.G. le 17-7-57 : enclouage du col du fémur au clou de Smith-Petersen par la technique classique.

— Prémédication :

8 h. : Nembutal : 1 suppositoire.

9 h. 30 : Nesdonal : 0,50 g + flaxedil : 1 ampoule et demie + atropine : 0,5 mg.

On branche N₂O.

- 9 h. 45 : Diparcol : une demie ampoule.
10 h. : Nesdonal : (0,50 g + une demie ampoule de Flaxédil). On administre 2 ml du mélange, dilué dans 20 cc d'eau distillée, tous les 1/4 d'h.
— L'intervention est terminée à 12 heures.
T.A. se maintient à 12 pendant toute l'intervention, pouls à 80.
— Réveil bon, suites simples.

OBS. n° 8. — P... Tony, 49 ans, maçon.

- Fracture des deux os de l'avant-bras.
Œnilisme à 2 litres par jour + 4 apéritifs en moyenne.
— Examen clinique : sujet très musclé, particulièrement vigoureux, obésité.
— Examen de laboratoire : R.A.S.
— Intervention : le 4-6-57.
Tentative de réduction par fixateurs externes.
— Prémédication :
9 h. : Largactil 50 + Dolosal.
10 h. 30 : Diparcol 1/2 ampoule.
11 h. : Nesdonal 0,30 g + D. Tubo. 4 ml.
11 h. 15 : Nesdonal : 0,20 g. Incision : le malade bouge, toussé, léger spasme.
Nesdonal : 0,10 g.
11 h. 30 : Diparcol : 1/4 + D. tubo. 2 ml.
11 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g + 0,10 g + Diparcol 1/4.
12 h. : D. tubo. 1 ml.
12 h. 15 : N₂O : 70 %. Nesdonal : 0,20.
12 h. 30 : D. tubo. : 1 ml.
12 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.
13 h. : Nesdonal : 0,10 g.
13 h. 15 : Fin de l'intervention.
— Le malade se réveille au bloc et s'agite. A reçu 1,20 g de Nesdonal et 24 mg de D. tubo.
— Suites immédiates et lointaines simples.

OBS. n° 9. — B... Alexandre, 55 ans, manœuvre.

- Fracture spiroïde des 2 os de la jambe droite.
— Examen clinique :
cœur, poumons : R.A.S.
Ethyilisme à 3 l/jour.
E.C.G. : normal.
— Examen de laboratoire :
taux de prothrombine : 62 %.

- fibrinogène : 12 g/litre.
- Intervention le 16-3-57 : Ostéotaxis.
 - Prémédication :
Sup. : Nembutal : à 8 heures.
9 h. 30 : Dip. - Dol.
 - Anesthésie :
10 h. : Nesdonal : 0,25 g.
D. T. : 4 ml.
10 h. 10 : Nesdonal : 0,25 g.
10 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.
10 h. 50 : Nesdonal : 0,10 g.
11 h. : Fin de l'intervention.
 - Réveil : en début de l'après-midi. Pas d'agitation, pas de vomissement, pas de température.
 - Suites : 8/4 :
Douleurs thoraciques légères.
Température à 38°5.
Toux, expectoration sanglante : infarctus pulmonaire.
Traitement anti-coagulant pendant 7 jours.
 - Suites lointaines : bonnes.

Obs. n° 10. — C... Emile, 51 ans, ouvrier agricole.

- Fracture diaphysaire haute du fémur gauche.
- Examen clinique : éthylique chronique en état de pré-delirium lors de son hospitalisation.
Hépatomégalie.
Cœur, poumons : R.A.S.
T.A. : 16/9.
 - Examens de laboratoire :
Ionogramme :
Na : 140 meq
K : 4,3 meq
Cl : 95 meq
Hématocrite : 27 %.
Protéines : 60 %.
R.A. : 66 vol/l.
Urée : 0,50 g/l.
 - Tests hépatiques :
Gros : —.
Hanger : —.
Mac Lagan : —.
F.N. : G.R. 2.900.000.
T.C. 12 mn.
 - L'état du malade impose : recul de l'intervention. Mise en traction de la cuisse. Traitement : Nicobion ; Bévitine ; Curéthyl ; extraits hépatiques ; Méthionine. Amélioration rapide de l'état du malade.
 - Intervention 10 jours après, le 22-8-57 : enclouage.
 - Prémédication :
8 h. : 1 sup. de Nembutal.

9 h. 30 : perfusion : 250 ml sérum glucosé iso— + 1/2
ampoule de Curéthyl + 1 ampoule Diparcol
+ 1 ampoule Dolosal.

T.A. : 16/9. Pouls : 100.

— Anesthésie :

10 h. : Nesdonal : 0,25 g.

D. Tubo. : 4 ml.

N₂O : 50 %.

T.A. : 10/6.

10 h. 30 : Incision. Malade ne réagit pas.

Transfusion sang : 500 ml.

11 h. : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

D. Tubo. : 1 ml.

12 h. : Nesdonal : 0,10 g.

Sang : 500 ml.

12 h. 30 : D. Tubo. : 1 ml.

Nesdonal : 0,10 g.

13 h. : Fin de l'intervention.

— Réveil : sans agitation ni vomissements.

— Suites opératoires : traitement Curéthyl ; extraits hépatiques ; Bévitine ; Nicobion est arrêté au 8^e jour après l'intervention.

On poursuit la Méthionine pendant 1 mois.

— Suites à distance : simples ; consolidation osseuse obtenue en décembre 1957.

Obs. n° 11. — B... Claudius, 46 ans, maçon.

Coxarthrose G.

— Examen clinique :

Ethylique : 3 l/jour de vin avoués.

Malade pléthorique.

Cœur, poumons : R.A.S.

T.A. : 14/8.

— Examens de laboratoire :

Glycémie : 0,98 g/l.

Protéines : 66 %.

T.C. : 7 mn.

T.S. : 3 mn.

— Intervention le 9-2-57 : bourrage et forage.

— Prémédication : Dip. - Dol. + curéthyl (25) dans 200 ml sérum glucosé.

— Anesthésie :

11 h. 45 : Nesdonal : 0,20 g.

D. Tubo. : 4 ml.

12 h. : Nesdonal : 0,20 g.
12 h. 15 : Nesdonnal : 0,10 g.
12 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.
12 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.
13 h. : Nesdonal : 0,10 g.
13 h. 15 : Fin de l'intervention.

- Réveil : calme. Pas de nausées, ni de vomissements.
- Suites simples.

Obs. n° 12. — M... Jean-Marie, 53 ans.

Arthrite suppurée ancienne du genou.

— Examen clinique :

Ethylisme à 5 l/jour.

Foie : 2 travers de doigt.

Polynévrite des membres inférieurs.

Bronchitique chronique.

Obèse.

T.A. : 16/9.

— Intervention le 21-1-58 : résection du genou.

— Prémédication : Laborit 1/2 ampoule + Diparcol : 1/2 ampoule.

— Anesthésie :

11 h. 15 : Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo : 5 ml.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,25 g + N₂O 70 %.

11 h. 45 : Nesdonal : 0,20 g.

12 h. : Nesdonal : 0,10 g + D. Tubo. : 1 ml.

12 h. 15 : Nesdonal : 0,05 g + Dolosal : 1/2 ampoule.

12 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g + Dolosal : 1/2 ampoule.

12 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.

12 h. 55 : Fin de l'intervention.

Malade agité pendant toute la durée de l'intervention, a reçu 250 ml de sang.

— Réveil rapide.

— Suites simples.

Obs. n° 13. — D... Claudius, 52 ans, maçon.

Epithélioma sur cuisse droite : désarticulation de la hanche.

— Examen clinique :

Cœur : R.A.S.

T.A. : 10/7.

Poumon : métastase pulmonaire.

Ascite. Gros foie : 3 travers de doigt.

— Examen de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 130 meq.
K : 3,8 meq.
Cl : 90 meq.
Hématocrite : 33 %.
Protéines : 68 g/l.
Urée : 0,45 g/l.

F.N. : G.R. : 4.000.000

G.B. : 8.200.

Tests hépatiques :

Gros : +.
Hanger : +.
Mac Lagan : —.
Kunkel Phénol : —.
Kunkel zinc : +.

— Intervention le 14-11-58. Désarticulation de la hanche.

— Prémédication : 11 heures : Laborit : 1.

— Anesthésie :

12 h. : Nesdonal : 0,30 g.

N₂O : 60 %.

12 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.

13 h. : Fin d'intervention.

— Réveil : bon.

— Traitement post-opératoire : Glucosé hyper : 500 ml +
2 ampoules de vitamine K + 30 unités I.O. + vitamine B₁.
Sang : 500 ml + 2 ampoules de calcium.

— Suites : complication pulmonaire.

— Suites lointaines : revu en 1960 : mauvais état général.

OBS. n° 14. — D... Joseph, 62 ans, affûteur.

Fracture cervico-trochantérienne du fémur droit.

— Examen clinique :

Cure de désintoxication.

Ethylisme : 4 l/jour : avancé mais non décompensé.

Poumon : R.A.S.

Cœur : redoublement de B₂.

T.A. : 17/9,5.

— Examen de laboratoire :

Na : 140 meq.

hématocrite : 49 %.

K : 4,1 meq.

Protéines : 62,4 g/l.

Cl. : 100 meq.

Urée : 0,45 g/l.

R.A. : 30 meq.

V.S. : 40 %.

T.C. : 13 mn.

Tests hépatiques :

Gros : +.
Hanger : —.
Mac Lagan : —.
Kunkel zinc : —.
Kunkel phénol : —.
Bilirubine : 13,2 mg/l.

- Intervention le 1-3-58 : enclouage du col.
- Prémédication : Dip. - Dol. + Phénergan dans 300 ml Glucosé, à 10 heures.
- Anesthésie :
 - 10 h. 45 : Viadril : 1 g dans 300 ml glucosé.
 - N₂O : 75 % + O₂ : 25 %.
 - 11 h. 30 : N₂O : 70 % + O₂ : 30 %.
 - 12 h. 30 : N₂O : 75 % + O₂ : 25 %.
 - 13 h. : O₂ : 100 %.
- Réveil : excellent.
- Suites : 38°7 le lendemain puis décroissance.
- Suites lointaines : syndrome abdominal douloureux et fébrile avec apparition secondaire d'un ictère : cholécystite.

OBS. n° 15. — C... Angelo, 54 ans, bûcheron.

Lombo-sciatique D. par spondylolyse de L₅.

— Examen clinique :

Faciès éhylique.

Cœur, poumons : R.A.S.

T.A. : 14/8.

Réflexes achilléen et rotulien D. inexistants.

— Intervention le 26-9-58 : laminectomie.

— Prémédication : 9 h. 30 : Dip. - Dol. + Phénergan I.M.

— Anesthésie :

10 h. : Nesdonal : 0,50 g.

D. Turbo : 6 ml.

N₂O : 60 %.

Intubation.

T.A. : 15/8.

Pouls : 90.

10 h. 15 : Nesdonal : 0,20 g.

10 h. 30 : Sang : 500 ml.

10 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. : Agitation. Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 20 : Fin de l'intervention : T.A. : 13/7.

Pouls : 80.

— Réveil : agitation dans l'après-midi.

Température à 38°5 pendant 3 jours, cède sous antibiotiques et vitaminothérapie.

-- Suites simples.

OBS. n° 16. — R... Marcel, 64 ans, électricien.

Fracture du col chirurgical de l'humérus droit.

— Examen clinique :

Malade agité, température à 38°.

Cœur, poumons : R.A.S.

T.A. : 15,5/9.

Ethylisme avoué : 4 l/jour.

Foie : 3 travers de doigt.

— Examen neurologique : polynévrite des membres inf.

— Intervention le 2-9-58 : clou de Kuntscher.

— Prémédication : Dip. - Dol. : pendant la perfusion de Dip. - Dol. : sueurs abondantes. Pouls et T.A. se maintiennent normalement.

— Anesthésie :

Nesdonal : 1 g.

D. Tubo : 3 ml.

N₂O : 50 %.

Durée de l'intervention : 2 h.

— Réveil : lent, suivi de pâleur et choc. Transfusion 500 ml + O₂.

T.A. : 7. Pouls : 90.

Le lendemain : pouls : 100. T.A. : 12/7. Température : 38°5. Durée : 3 jours.

— Suites à distance : simples.

OBS. n° 17. — M... Jean, 55 ans, maçon.

Pseudarthrose de l'humérus.

— Examen clinique :

Ethylisme à 4 l/jour.

Bon état général.

— Intervention le 20-10-59 : greffe.

— Prémédication : 9 h. 45 : Dolosal - Phénergan.

— Anesthésie :

10 h. : Nozinan - Palfium : 10/20 ml.

11 h. : Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo : 5 ml.

11 h. 15 : Nesdonal : 0,25 g.

11 h. 30 : Nozinan - Palfium : 2/20 ml.

Respiration légèrement déprimée.

12 h. : Noz. - Palf. : 2/20 ml.

- 12 h. 30 : Noz. - Palf. : 2/20 ml.
12 h. 45 : Fin de l'intervention.
— Réveil : 1 h. après sans incident.
— Suites simples.

OBS. n° 18. — G... France, 56 ans, S.P.

Ancienne fracture du col.

— Examen clinique :

Etat général médiocre.

Précirrrose.

T.A. : 12,5/8.

- Intervention le 30-12-59 : ostéotomie de Putti.
— Prémédication : 10 h. : Dip. - Dol.
— Anesthésie :
10 h. 30 : Nesdonal : 0,40 g.
10 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.
11 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.
11 h. 30 : Fin de l'intervention.
— Réveil : agitation.
Vitaminothérapie et antibiothérapie.
— Suites simples.

OBS. n° 19. — C... Maurice, 48 ans, manœuvre.

Escarre sacré.

— Examen clinique :

Allongé depuis 1 mois, fracture du bassin.

Ethylisme important : delirium tremens à l'entrée.

— Intervention le 3-11-59 : excision.

— Prémédication :

10 h. : Dip. - Dol.

10 h. 30 : Nesdonal : 0,60 g.

D. Tubo : 6 ml.

Intubation.

10 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 40 : Fin de l'intervention.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. n° 20. — P... François, 34 ans, peintre en bâtiment.

Ancienne fracture du cotyle.

— Examen clinique :

Ethylique important : 15 apéritifs + 2 l. vin blanc.

Delirium : 3 accès traités au Vinatier.

Diabétique.

Obèse.

— Intervention le 12-12-59 : arthrodèse de hanche.

— Prémédication : 10 h. perfusion Dolosal : 1 ampoule + 9159 1 ampoule.

— Anesthésie :

10 h. 15 : Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo : 5 ml.

N₂O : 60 %.

T.A. : 14/8. Pouls : 80.

10 h. 30 : Transfusion sang : 50 ml.

Nesdonal : 0,10 g.

10 h. 45 : Dolosal : 1/4.

Nesdonal : 0,20 g.

11 h. : T.A. : 10/6. Pouls : 90.

Sang : 500 ml.

11 h. 30 : Dolosal : 1/4. Sang : 500 ml.

T.A. : 9. Pouls : 90.

12 h. 15 : Dolosal : 1/4.

Nesdonal : 0,10 g.

12 h. 30 : Nesdonal 0,10 g.

Sang : 500 ml.

T.A. : 12/. Pouls : 90.

12 h. 45 : Fin de l'intervention.

T.A. : 12/8. Pouls : 90.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. 21. — G... Hector, 49 ans, ouvrier d'usine.

Brûlure du thorax.

— Examen clinique :

Ethylisme important : delirium tremens dès son arrivée dans le service. Traitement mis en route aussitôt.

— Intervention le 2-1-59 : greffe cutanée 10 jours après son arrivée.

— Prémédication : 10 h. : Dip. - Dol. T.A. : 12/7.

— Anesthésie :

10 h. 30 : Nesdonal : 0,25 g.

D. Tubo : 4 ml.

N₂O : 50 %.

10 h. 45 : Nesdonal : 0,25 g.

11 h. : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.

12 h. : Nesdonal : 0,10 g.

12 h. 30 : Fin de l'intervention.

T.A. : 13/7.

Le malade reçoit en soins post-opératoires : sérum glucosé isotonique + Bécilan + Curéthyl (50).

— Réveil : agité. Le malade saigne. Reprise pour Hémostase sans A.G. : sang : 500 ml.

— Suites simples.

Obs. n° 22. — G... Marc, 39 ans, livreur.

Gangrène membre inférieur.

— Examen clinique :

Ethylisme à 4 l/jour.

T.A. : 12/7. E.G. médiocre.

— Intervention le 31-3-60 : amputation de cuisse.

— Prémédication : Dip. - Dol. + Largactil : 50.

— Anesthésie :

Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo : 5 ml.

Viadril : 1 g.

A reçu en per-opératoire : sang : 500 ml.

— Réveil : calme.

— Suites très simples.

Obs. n° 23. — A... Lucien, 34 ans, manœuvre.

Fracture col du fémur.

— Examen clinique :

Ethylique important non décompensé. Tachy-arythmique.

— Intervention : enclouage col du fémur, 24-5-60.

— Prémédication :

10 h. 35 : Perfusion sérum gluc. + Dolosal + R.O. 404
2 ampoules.

T.A. : 13/7. Pouls : 140.

Hypnose bonne ; malade non confus.

10 h. 45 : Diparcol : 1 ampoule.

T.A. : 12/6. Pouls : 140. Sommeil : profond.

— Anesthésie :

11 h. : Sérum glucosé hyper. : 500 ml.

Nesdonal : 0,95 g.

Curare : 4 ml.

N₂O : 70 %.

T.A. : 10/5. Pouls : 140.

- 11 h. 30 : Le malade saigne anormalement : Vitamine K₁, 2 ampoules.
12 h. : Fin de l'intervention.
— Réveil : bon.
— Suites : température pendant 3 jours.

OBS. n° 24. — M... Claude, 59 ans, employé.

- Luxation du cubitus + fracture.
— Examen clinique :
Ethylique important.
Etat général : obèse (105 kg, 1,70 m).
— Intervention le 25-3-60 : réductions + plâtre.
— Prémédication : Dip. - Dol + Largactil : 25 mg.
— Anesthésie :
Nesdonal : 0,20 g.
Viadril : 100 mg.
Palfium : 3 mg.
N₂O : 70 %.
— Réveil : bon.
— Suites simples.

OBS. n° 25. — P... Vincenzo, 45 ans, peintre.

- Fracture du col du fémur.
— Examen clinique :
Etat général assez bon.
Ethylisme important.
Prothrombine : 75 %.
V.S. 50 %.
T.A. : 15/8.
— Intervention le 28-5-60 : enclouage.
— Prémédication : Laborit. T.A. : 15/9. Pouls : 120.
— Anesthésie :
10 h. 30 : Début intervention.
Nesdonal : 0,50 g.
D. Tubo : 4 ml.
10 h. 45 : Nesdonal : 0,20 g.
D. Tubo : 1 ml.
T.A. : 12/7. Pouls : 120.
11 h. : Nesdonal : 0,10 g.
N₂O 70 %.
11 h.30 : Nesdonal : 0,10 g.
11 h. 45 : Fin de l'intervention.
— Réveil : bon.
— Suites sans incidents.

OBS. n° 26. — D... Marius, 53 ans, aide-maçon.

Fracture diaphysaire haute du fémur gauche. T.C. sans P.C.

— Examen clinique :

Cœur - poumon : R.A.S.

Ethylisme : 4 l/jour.

Foie : 1 travers de doigt.

T.A. : 19/10.

— Intervention le 7-7-60 : clou-plaque.

— Prémédication :

Dip. - Dol. à 8 h.

T.A. : 18.

Pouls : 120.

— Anesthésie :

8 h. 45 : perfusion : Viadril : 750 mg + Nesdonal :
0,50 g + Curare : 5 ml + N₂O : 60 %.

9 h. à 9 h. 30 : perfusion Viadril.

Chute tensionnelle à 11.

Pouls à 100.

9 h. 30 : incision : T.A. : 14/ .

9 h. 45 : sang : 500 ml.

Bécilan : 2 ampoules.

T.A. : 12.

10 h. 35 : Nesdonal : 0,10 g.

T.A. : 12.

12 h. : Sang : 500 ml + 1 Hydergine.

T.A. : 10.

— Au lit du malade, sérum glucosé hypertonique : 30 ‰ :
500 ml.

— Réveil : bon.

— Suites simples (Bécilan intraveineux + Protéinat).

OBS. n° 27. — O... François, 58 ans, manœuvre.

Maladie de Dupuytren bilatérale.

— Examen clinique :

Ancien bacillaire.

Thoracoplastie en 1953.

T.A. : 14/8.

Hépatomégalie.

Ethylisme : 3 l/jour avoués.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 137 meq.

K : 5,4 meq.

Cl : 96 meq.

Hématocrite : 48 %.

Protéines totales : 69 g/l.

R.A. : 63 volumes ‰.

Urée : 0,25 g.

— Intervention le 12-5-60 : aponévrectomie gauche.

— Prémédication :

11 h. : Dip. - Dol.

T.A. : 12. Pouls à 80.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo : 12 mg.

Le malade entre en apnée ; chute de la tension à 8. Pouls à 60 mal frappé.

12 h. : Palfium : 1 mg.

Tension à 12.

12 h. 30 : Malade toujours en apnée : prostigmine.

— Réveil : très tardif. Malade très agité pendant 20 heures.

Nouvelle chute de la T.A. à 8.

— Suites simples.

OBS. n° 28. — O... François.

— Réintervention pour aponévrectomie droite le 20-10-60.

— Prémédication :

11 h. 35 : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

12 h. : 1 R 0 403 + 5 mg Palfium.

N₂O : 60 ‰

12 h. 45 : Thiogénal : 2 ml.

13 h. : Fin de l'intervention.

— Réveil : calme, sans vomissement.

— Suites très simples.

OBS. n° 29. — P... Jean, 53 ans, terrassier.

Fracture spiroïde de jambe datant de 15 jours.

— Examen clinique :

Malade hospitalisé à Saint-Luc : mise en gouttière jambe.

2^e jour : delirium tremens : hospitalisation au Vinatier, pendant 13 jours.

— Intervention le 30-4-60 : synthèse par vis.

— Prémédication : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

Nesdonal : 0,75 g.

D. Tubo : 4 ml.

Viadril : 1 g.

— Réveil : malade calme.

— Suites simples.

OBS. n° 30. — M... Régis, 31 ans, S.P.

Fracture cervico-trochantérienne au cours d'une T.S.

— Examen clinique :

Malade envoyé dans le service par l'Hôpital du Vinatier.
Délire chronique chez un éthylique.

— Traitement :

Matin : Largactil I.M. : 100 mg + Nozinan fort I.M.

16 h. : Largactil I.M. : 100 mg + Phénergan I.M.

20 h. : Largactil I.M. : 100 mg + Scopolamine : 0,5 mg
+ Nozinan fort I.M.

Malgré le traitement, malade délirant très agité : nouvelle T.S.

Traitement pendant une semaine.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme, avant intervention :

Na : 130 meq.

Hématocrite : 37 %.

K : 4 meq.

Protéines : 72 g/l.

Cl : 100 meq.

Urée : 0,20 g/l.

— Intervention le 25-2-60 : 7 jours après l'hospitalisation :
clou-plaque.

— Prémédication : Laborit.

— Anesthésie :

Nesdonal : 1 g.

D. Tubo : 6 ml.

N₂O : 70 %.

— Réveil : très grosse agitation.

T.A. : 11/6.

Pouls : 75.

On administre Dolosal (1 ampoule) + 9159 1 heure plus
tard (2 ampoules) : demeurent sans effet.

Le lendemain : hyperthermie 41°. Très grande agitation.
Nouvelle T.S.

Malade rebelle à la déconnection.

Ionogramme :

Na : 145 meq.

Hématocrite : 27 %.

K : 4,3 meq.

Protéines : 60 g/l.

Cl : 106 meq.

Urée : 1,60 g/l.

Le 29-2-60 : trachéotomie. Décès dans la nuit.

OBS. n° 31. — G... René, 55 ans, agriculteur.

Pott dorso-lombaire.

— Examen clinique :

Malade obèse, paraplégique, épileptique.

Ethylique ancien : 3 cures de désintoxication.

T.A. : 17/9.

- Intervention le 10-5-61 : abord direct de Pott.
- Prémédication : Dip. - Dol.
- Anesthésie :
 - Nesdonal : 1 g.
 - D. Tubo : 7 ml.
- Durée de l'intervention : 2 h. 30. T.A. : 11/7 pendant toute la durée de l'intervention.
- Réveil : lent.
- Chute tensionnelle dans l'après-midi (T.A. : 6).
- Suites immédiates : relativement simples.

OBS. n° 32. — G... Jean, 61 ans, livreur.

Fracture de l'olécrâne.

— Examen clinique :

Diabétique : glycémie : 2 g sous couvert de 40 unités d'insuline ordinaire.

Obèse.

Ethylique : 4 l/jour de vin avoués.

Insuffisance cardiaque.

On repousse l'intervention de 8 jours : équilibre du diabète et vitaminothérapie.

— Intervention le 6-9-61 : synthèse de l'olécrâne.

— Prémédication : 11 h. 30 : Dip. - Dol. + Viadril : 1 g.

— Anesthésie :

12 h. : Pentothal : 0,50 g.

12 h. 15 : Dolosal : 0,10 g.

12 h. 45 : Pentothal : 0,10 g.

13 h. 15 : Pentothal : 0,10 g.

13 h. 30 : Fin de l'intervention.

— Réveil : bon.

— Suites immédiates simples.

OBS. n° 33. — G... Marius, 48 ans, maçon.

Fracture ancienne de jambe, pseudarthrose.

— Examen clinique :

Ethyle important.

Foie : 3 travers de doigt.

T.A. : 11/7.

Cœur - poumon : R.A.S.

Agitation.

— Intervention le 30-8-61 : greffe vissée.

— Prémédication : 10 h. : Dip. - Dol. I.V.

— Anesthésie :

10 h. 30 : Début de l'intervention.

12 h. 15 : Fin de l'intervention.

T.A. : 12 pendant toute l'intervention.

A reçu :

Nesdonal : 1,05 g.

D. Tubo : 5 ml.

Viadril : 900 mg.

Sang : 500 ml.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. n° 34. — M... Albert, 42 ans, manoeuvre.

Fracture du radius.

— Examen clinique :

Ethylique à 3 l/jour.

Bon état général.

T.A. : 14/9.

Taux de prothrombine : 90 %.

— Intervention le 31-5-61 : ostéosynthèse.

— Prémédication : Dolosal - Phénergan.

— Anesthésie :

Pentothal : 1,10 g.

D. Tubo : 5 ml.

Palfium : 5 mg

O₂ : 5 l.

En fin d'intervention : Nalophine : 1/2 ampoule.

— Réveil : excellent.

— Suites très simples.

OBS. n° 35. — G... Pierre, 50 ans, ouvrier agricole.

Fracture de jambe.

— Examen clinique :

Ethyle important.

Foie : 3 travers de doigt.

Prothrombine : 75 %.

T.A. : 14/8.

— Intervention le 22-8-61 : pontage tibien.

— Prémédication : 8 h. 30, Dip. - Dol.

— Début de l'intervention :

9 h. : T.A. : 14/8.

Mise en place garrot.

11 h. 35 : Ablation garrot : choc : T.A. : 7,

malgré glucosé hyper- + heptamyl + sang :
1 l.

A reçu pendant l'intervention :

Nesdonal : 1,10 g.

Palfium : 10 mg.

D. Tubo : 5 ml.

$$\text{N}_2\text{O} : 70\%.$$

13 h. 15 : Fin de l'intervention.

T.A. : 10/6.

— Réveil : sang : 500 ml + O₂ : 3 l.

Lent. Agitation dans la soirée.

— Suites immédiates simples.

OBS. n° 36. — D... Louis, 47 ans, peintre.

Ecrasement de la moine G., sans lésion osseuse.

— Examen clinique :

Antécédents :

1936 : gastro-entéro-anastomose.

1937 : gastrectomie.

Ethylique : 3 l/jour.

Mauvais état général.

Troubles du rythme cardiaque.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 137 meq.

Urée : 0,32 g/.

K : 4, 6 meq.

Hématocrite : 44 %.

Cl : 99 meq.

Protéines : 67 g/l.

— Intervention le 11-4-61 : exploration tendineuse + plâtre.

— Prémédication : Laborit.

— Anesthésie :

Début : 9 h. ; terminée : 10 h.

A reçu :

Nesdonal : 1 g.

D. Tubo : 5 ml.

Dolosal : 1 ampoule.

N_2O : 70 %.

— Réveil : bon.

Suites simples.

OBS. n° 37. — D... Philibert, 71 ans, garde-barrière.

Fracture fermée de la palette humérale.

— Antécédents :

Bacillose pulmonaire en 1954.

Diabète équilibré avec 20 U. l'I.O./jour depuis 21 ans.

— Examen clinique :

Cœur : R.A.S.

Ethylisme : 3 l/jour.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 135 meq.

Hématocrite : 42 %.

K : 4, 2 meq.

Protéines : 65 g/l.

Cl : 98 meq.

Urée : 0,42 g/l.

Glycémie : 2,25 g/l.

Glycosurie : 51 g/l.

— Intervention le 28-8-61 : broche.

— Prémédication : 9 h., Dip. - Dol.

— Anesthésie :

9 h. 45 : Viadril : 0,30 g.

10 h. : Début de l'intervention : Nesdonal : 0,30 g.

10 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g.

10 h. 30 : Fin de l'intervention.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. n° 38. — P... Emile, 42 ans, chauffeur.

Fracture de jambe gauche.

— Examen clinique :

Malade en bon état général.

Ethylisme : 4 l/jour vin + apéritifs.

Cœur, poumons : R.A.S.

Prédelirium dans la soirée suivant son hospitalisation.

Mise en gouttière membre inférieur + traitement médical.

— Intervention 28-7-61 (8 jours après son hospitalisation).

Ostéosynthèse de jambe.

— Prémédication : Morphine : 1 ampoule.

— Anesthésie :

12 h. 45 : Penthiobarbital : 0,50 g.

N₂O : 70 %.

12 h. 50 : Penthiobarbital : 0,25 g.

Agitation importante : 1/2 Dolosal + D. Tubo :
13 mg.

13 h. 10 : Viadril en perfusion : 500 mg.

13 h. 15 : 1/2 Dolosal.

13 h. 30 : Fin de l'intervention.

— Réveil : lent et calme.

Pas de delirium.

On administre dans la soirée : Viadril en perfusion : 1g +
B.N.H.

— Suites simples.

OBS. n° 39. — M... Salvatore, 38 ans, ouvrier.

Fracture fermée des 2 os de l'avant-bras gauche.

— Examen clinique :

Bon état général.

Cœur, auscultation : R.A.S.

T.A. : 13/8. Pouls : 80.

Poumon : foyer râles sous crépitant base droite.

Foie débordant : 3 travers de doigt.

Réflexes ostéo-tendineux vifs égaux et symétriques.

Le lendemain de l'hospitalisation : prédelirium. Traitement :

Curéthyl I.V. (50) + Equanil I.M. (3) + Bécilan I.V. +
antibiothérapie. Durée : 2 jours.

— Intervention le 6-10-61 : ostéosynthèse par plaque.

— Prémédication : Dolosal - Phénergan.

— Anesthésie :

Nesdonal : 0,65 g.

N₂O : 60 %.

Palfium : 10 mg.

Librium : (100).

A noter : apnée assez longue dès injections Palfium
ou Nesdonal.

— Réveil : bon. (Curéthyl + B.N.H. + Bécilan).

— Suites simples.

OBS. n° 40. — E... Eugène, 53 ans, invalide de guerre.

Luxation négligée de l'épaule gauche.

— Antécédents :

1954 : tuberculose pulmonaire.

1955 : méningite tuberculeuse.

— Examen clinique :

T.A. : 12/8.

E.C.G. : tachyarythmie, aplatissement des ondes T, myo-
cardite éthylique.

— Examen neurologique :

Malade très agité.

aréflexie tendineuse.

contractures oppositionnelles, tremblements, disymétrie,
désorientation temporo-faciale.

— Hépatomégalie : 1 travers de doigt.

Subictère conjonctival.

— Prédelirium.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 135 meq

K : 4,5 meq

Cl : 98 meq

Hématocrite : 34 %.

Protéines : 75 g/l.

R.A. : 60 vol %.

Urée : 0,20 g/l.

Glycémie : 0,84.

Prothrombine : 94 %.

T.C. : 3 mn.

T.E.G. : tracé normal.

Tests hépatiques :

Gros : —

Hanger : —

Mac Lagan : —

Kunkel phénol : ++.

Kunkel zinc : +.

— On recule l'intervention de 15 jours.

Traitement : Curéthyl + vitaminothérapie B : nette amélioration.

— Réduction sanglante le 26-5-61.

— Prémédication : 9 heures Dip. - Dol. + Bécilan : 3 ampoules.

— Anesthésie :

9 h. 30 : Nesdonal : 0,50 g.

D. Tubo. : 7 ml. Intubation.

10 h. : Nesdonal : 0,20 g.

10 h. 15 : Nesdonal : 0,10 g + Dolosal : 2/5.

10 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.

Dolosal : 1/5.

10 h. 45 : 0,10 g Nesdonal + 1/5 Dolosal.

11 h. : Nesdonal : 0,10 g.

Dolosal : 1/5.

D. Tubo. : 1 ml.

11 h. 15 : Sang : 500 ml.

11 h. 30 : Nesdonal : 0,10 g.

Palfium : 2/5.

11 h. 45 : Nesdonal : 0,10 g.

12 h. : Fin de l'intervention.

— Réveil : bon.

— Suites :

Température : 38°5 le 2^e jour.

Légère agitation.

Sueurs.

Antibiotiques et vitaminothérapie intenses. Tout rentre dans l'ordre au 4^e jour.

— Suites lointaines :

Revu 1 an après :

toux,
dyspnée,
amaigrissement,
dilatation des jugulaires,
tachyarythmie.

Le malade depuis sa sortie du service n'avait pas suivi de traitement vitaminique.

OBS. n° 41. — G... Georges, 30 ans, représentant.

Prélèvement de peau.

— Examen clinique : éthylique : 3 apéritifs/jour + 2 l. vin blanc.

— Intervention le 29-8-62.

— Prémédication : aucune.

— Anesthésie : durée de l'intervention : 3/4 d'heure.

A reçu au total :

Nesdonal : 1,20 g.

D. Tubo : 15 mg.

Palfium : 5 mg.

Nalorphine 1/2 ampoule.

Malade très résistant, a bougé pendant toute la durée de l'intervention.

— Réveil : immédiat.

— Suites : simples.

OBS. n° 42. — A... Walter, 58 ans, Gardien.

Fracture du col du fémur.

— Examen clinique :

Mauvais état général.

Ethylique.

T.A. : 14/9.

— Intervention le 14-11-62 : enclouage du col du fémur.

Durée : 2 heures.

— Prémédication : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

Nesdonal : 0,90 g.

Palfium : 10 mg.

T.A. : 14/9 pendant toute la durée de l'intervention.

— Réveil : sans incident.

— Suites : simples.

OBS. n° 43. — G... Pierre, 48 ans, tourneur.

Fracture malléolaire.

— Examen clinique :

Ethyle à 4 l/jour.

Bronchitique chronique.

T.A. : 17/10.

— Intervention le 24-2-62 : vissage. Durée : 3/4 h.

— Prémédication : Dip. - Dol.

— Anesthésie :

Nesdonal : 1,05.

Palfium : 5 mg.

D. Tubo : 6 ml.

N₂O : 70 %.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. n° 44. — D... Barhev, 55 ans, magasinier.

Arthrose bilatérale du genou.

— Examen clinique :

Pouls : 80. T.A. : 13/7.

Obèse.

Tabagique.

Ethylique : vin + apéritifs.

— Examens de laboratoire :

Na : 137 meq.

Protéines : 76 g/l.

K : 4,6 meq.

R.A. : 64 vol. %

Cl : 104 meq.

Urée : 0,35 g/l.

Hématocrite : 50 %.

— Intervention le 21-7-62 : patélectomie. Durée : 1 h. 30.

Prémédication : Dip. - Dol. + Phénergan.

— Anesthésie :

Viadril : 1 g.

Palfium : 5 mg.

N₂O : 70 %.

Malade parfaitement calme pendant l'anesthésie.

— Réveil : excellent.

— Suites très simples.

OBS. n° 45. — D... Jean, 41 ans, monteur-électricien.

Ménisque interne droit.

— Examen clinique :

Ethylisme : 3 l/jour.

T.A. : 16/10.

Cœur : R.A.S.

— Prémédication : Théralène, 8 h.

- Intervention le 3-5-62 : ménisectomie.
9 h. : poussée tensionnelle à 20.
Pouls : 90.
- Anesthésie :
9 h. 30 : Nesdonal : 0,75 g.
D. Tubo : 15 mg.
9 h. 35 : début de l'intervention : le malade réagit, ne dort pas.
9 h. 40 : Palfium : 5 mg.
Nesdonal : 0,25 g.
Chute tensionnelle à 12 ; pouls : 70.
- 10 h. : Palfium : 5 mg.
Nesdonal : 0,25 g.
T.A. : 11.
- 10 h. 30 : Fin de l'intervention.
- N. B. — 9 h. 40, avec Nesdonal : 1 g + D. Tubo : 15 ml.
+ Palfium : 5 mg. Le malade ne dort pas.
En fin de l'intervention, le malade est très agité.
- Suites simples.

OBS. n° 46. — F... Marius, 59 ans, manœuvre.

- Hygroma du coude avec surinfection.
- Antécédents : éthylysme : 5 l/jour.
 - Examen clinique :
Malade obèse.
Bon état général.
Prothrombine à 100%.
 - Intervention le 27-8-62 : ablation de l'hygroma.
 - Prémédication : Dip. - Dol. + Palfium : 5 mg, entraîne une chute tensionnelle, sueurs, cyanose.
 - Anesthésie : mise en route du Viadril : 500 mg.
 - Intervention terminée à 9 h. 30.
 - Réveil : bon.
 - Suites simples.

OBS. n° 47. — O... Alphonse, 36 ans, facteur des P. et T.

- Section du nerf médian.
- Antécédents : ulcère gastrique traité médicalement.
 - Examen clinique :
Aréflexie tendineuse des membres inférieurs.
Éthylysme avoué à plus de 6 l/jour.
Varicosité des pommettes.
Gros foie mou.
Cœur, poumons : R.A.S.

T.A. : 14/7.

Assez bon état général.

- Intervention le 10-2-62 : suture.
- Prémédication : Dip. - Dol.
- Anesthésie : à reçu :
 - Viadril : 500 mg.
 - Nesdonal : 1 g.
 - Dolosal : 1 ampoule.
 - N₂O : 70 %.
- Réveil : bon.
- Suites simples.

OBS. n° 48. — O... Maurice, 50 ans, manoeuvre.

Arthrite subaiguë du gros orteil droit.

- Antécédents :
 - Fracture jambe D. en 1945.
 - Fracture du calcanéum D. en 1959.
- Examen clinique :
 - Ethylisme à 4 l/jour avoués.
 - Obèse.
 - T.A. : 18/9.
 - Hépatomégalie : 2 travers de doigt.
 - Cœur, poumons : R.A.S.

- Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 137 meq.

K : 5 meq.

Cl : 97 meq.

Hématocrite : 48 %.

Protéines : 74 g/l.

R.A. : 63 vol. %.

Urée : 0,25 g/l.

- Intervention le 30-5-62 : résection métatarso-phalangienne + plâtre.
- Prémédication : 11 h. : Dip. - Dol. + Bécilan : 100 mg.
- Anesthésie :
 - 11 h. 30 : Nesdonal : 0,50 g.
 - D. Tubo : 12 ml.
 - N₂O : 60 %.
 - 11 h. 45 : Palfium : 1 mg.
 - 12 h. : Palfium : 2 mg.
 - 12 h. 15 : Fin de l'intervention.
- Réveil : rapide.
- Suites simples.

OBS. n° 49. — C... Georges, 53 ans, plombier-zingueur.

Position vicieuse du pied en équinisme.

- Examen clinique :

Subictère des conjonctives.
Malade en mauvais état général.
Hépatomégalie.
Cœur normal. T.A. : 16/8.

- Examen neurologique :
Hyperesthésie cutanée.
Achilléen non retrouvé.
Delirium tremens : nov. 60, au décours duquel apparition d'une bacillose à type de miliaire.
- Examen de laboratoire :
Prothrombine : 93 %.
Protéines totales : 63 g/l.
S/G : 1,42.
Calcémie : 98 mg/l.
Urée : 0,35 g/l.
- Examen électrophorétique :
Légère élévation des alpha 2 globulines.
Thrombélástogramme : tracé normal.
- Intervention le 13-4-62 : tarsectomie.
- Prémédication : Phénergan-Dolosal : I.M.
- Anesthésie :
11 h. 05 : Nesdonal : 0,5 g.
D. Tubo : 12 ml.
N₂O : 50 %.
11 h. 15 : Palfium : 1 mg.
T.A. : 14. Pouls : 80.
11 h. 25 : Nesdonal : 0,10 g.
Palfium : 1 mg. Incision.
11 h. 40 : Palfium : 1 mg.
11 h. 55 : Nesdonal : 0,10 g.
Palfium : 0,5 mg.
12 h. 10 : Palfium : 0,5 mg.
12 h. 25 : Palfium : 1 mg + Heptamyl : 5 ml.
12 h. 45 : Fin de l'intervention.
- Réveil : immédiat.
- Suites très simples.

OBS. n° 50. — R... Francisque, 67 ans, retraité.

Fracture transversale humérus gauche + fracture comminutive calcanéum G.

- Examen clinique :
Bon état général.
T.A. : 11,5/8.
Ethyilisme important.
Foie : 3 travers de doigt.
Cœur, poumons : R.A.S.

- Examen neurologique : R.A.S.
- Intervention le 24-7-62 : arthrodèse médio-tarsienne.
- Prémédication : Dip.-Dol. - Phénergan : 9 h. 30 : agitation confuse.
- Anesthésie :
 - 10 h. 15 : Viadril : 1 g ; mise en route perfusion.
 - 11 h. : Nesdonal : 0,20 g.
N₂O : 50 %.
 - 11 h. 05 : Palfium : 1 mg.
 - 11 h. 30 : Palfium : 1 mg.
 - 11 h. 45 : Palfium : 0,5 mg.
 - 12 h. 15 : Palfium : 1 mg.
 - 12 h. 25 : Fin de l'intervention. T.A. : 11/6.
- Réveil très agité. Suppo. Nembutal.
- Suites simples.

Obs. n° 51. — F... Louis, 62 ans, éclusier.

Luxation récidivante des 2 épaules.

- Antécédents :
 - Arthropathie tabétique.
 - Adénectomie en 1956.
- Etude clinique :
 - Poumon : emphysème, bronchorrhée.
 - Cœur : pulmonaire chronique.
T.A. : 17/9.
 - Hépatomégalie : 1 travers de doigt.
 - Ethylisme : 4 l/jour. Obèse.
- Intervention le 4-1-63 : reposition sanglante.
- Prémédication : 10 h. : Dip. - Dol.
- Anesthésie :
 - 11 h. : Début de l'intervention.
Nesdonal : 0,30 g.
D. Tubo : 4 ml.
Viadril : mise en route de la perfusion.
T.A. : 10.
Pouls : 80.
On place le malade sous R.P.R.
- A reçu pendant l'intervention, qui a duré 2 h. :
 - Viadril : 1 g.
 - Nesdonal : 0,70 g.
 - D. Tubo : 18 mg.
 - Palfium : 11 mg.
 - N₂O : 70 %.
 - Glucosé iso : 500 ml.

- Réveil : bon.
- Suites simples.

OBS. n° 52. — G..., Henri, 56 ans, gardien de château.

Fracture jambe gauche.

— Examen clinique :

Ethyle avoué : 2 l.

Bon état général.

Auscultation cardiaque normale : T.A. : 15/8.

Poumon : R.A.S.

Foie : 4 travers de doigt.

Delirium tremens le lendemain de son hospitalisation.

On repousse l'intervention de 15 jours. On place le malade en gouttière + traitement énergétique.

— Examens de laboratoire :

Ionogramme :

Na : 120 meq.

R.A. : 58 vol./l.

K : 3,95 meq.

Urée : 25 g/l.

Cl : 92 meq.

Conc. Ion. : 289 milliosmoles.

Hématocrite : 38 %.

T.E.G. : à la limite de la normale.

Glycémie : 2 g/l.

— Intervention le 9-3-63 : fixateur externe de jambe.

— Prémédication : 9 h. à 9 h. 45 : Dip. - Dol + Curéthyl (25) + Bécilan 5 (500).

Transpiration au cours du Dip. - Dol. : O₂.

— Anesthésie :

10 h. : mise en place perfusion Viadril : 1 g.

Palfium : 2 mg.

N₂O : 50 %.

T.A. : 13/8.

10 h. 15 : Palfium : 1 mg.

10 h. 30 : Palfium : 2 mg.

10 h. 45 : Palfium : 1 mg.

Fin du Viadril.

T.A. : 11/7.

11 h. 15 : Palfium : 1 mg.

11 h. 30 : Palfium : 1 mg.

12 h. 15 : Palfium : 1/2 mg + Nesdonal : 0,10 g.

12 h. 30 : Fin de l'intervention. T.A. : 13/8.

— Réveil : lent et très calme.

— Suites : température 38° pendant 2 jours. Vitaminothérapie + antibiothérapie. Tout rentre dans l'ordre.

OBS. n° 53. — F... Claudine, 57 ans.

Fracture ancienne de tibia.

— E.G. : médiocre.

Anémie.

Ethylisme important.

— Intervention le 12-7-63 : synthèse.

Gamma OH : 3 g.

Penthiobarbital : 0,50 g.

Palfium : 5 mg.

Atropine : 1/2 mg.

Durée de l'intervention : 2 heures.

T.A. : 15/8. Pouls : 80 en début d'intervention et 120 à la fin.

— Réveil : bon.

— Suites simples.

OBS. n° 54. — R... Rolland, 45 ans.

Corps étranger de la hanche.

— Examen clinique :

Bon état général.

Ethylisme important.

Maladie des caissons.

Gastrectomisé.

T.A. : 13/7. Pouls : 80.

— Intervention le 19-7-63 : arthrotomie.

— Anesthésie :

Durée de l'intervention : 2 h.

Taractan - Palfium.

1/2 heure après : Penthiobarbital : 0,95 g.

Spasmes serrés, nausées, nécessitent l'intubation.

Palfium : 2 mg.

D. Tubo : 18 ml.

— Réveil : 1 h. après le début de l'intervention avec agitation importante (on administre 0,30 g de Penthiobarbital).

1/4 d'heure après, signes de réveil : 0,20 g de Penthiobarbital + Palfium : 1 mg.

— Réveil rapide et agité.

— Suites : pas de complications.

OBS. n° 55. — M... Pierre, 56 ans.

Fracture du cotyle à droite.

— Antécédents bronchitique chronique sécrétant ;

éthylisme : 2 cures de désintoxication.

- Examen clinique : T.A. : 16/9. Pouls : 72.
- Intervention : durée : 1 h. 40.
- Préparation : Morphine-Atropine I.M. à 9 h. 30.
- Induction : 10 h. 20 : Penthiobarbital : 0,20 + 0,20 g.
N₂O O₂ : 51/51.

Passage progressif au Penthrane.

Intubation possible à la 5^e mn. (toux).

Installation en position ventrale.

Approfondissement de la narcose relativement simple mais chaque fois accompagnée nettement d'un ralentissement du rythme respiratoire (inf. à 20), d'une diminution de l'amplitude nécessitant la respiration assistée.

- Evolution cardio-vasculaire :

10 h. 50 : T.A. : 16/9 ; pouls : 86.

11 h. 30 : T.A. : 13/6 ; pouls : 84.

11 h. 45 : T.A. : 11/6 ; pouls : 80.

12 h. : T.A. : 10,5/6 ; pouls : 78.

12 h. 15 : T.A. : 11/6 ; pouls : 78.

Circulation périphérique excellente.

Réflexes oculaires conservés, à l'exception du réflexe palpébral Pyosis.

Saignement très modéré ; transfusion : 0,5 l.

- Réveil moteur lors de la détubation sans incidents. Pas de sécrétions.

Retour à la conscience 15 à 20 mn après l'arrêt du Penthrane.

- Suites simples.

OBS. n° 56. — M... Charles, 64 ans, 75 kg.

Ménisque.

- Antécédents :

bronchitique chronique (fumeur),
éthylique +.

- Examen clinique : très bon.

- Préparation : 10 h. : Dolosal : 100 mg + Atropine 1/2 mg I.M.

- Intervention à 10 h. 45. Durée : 35 mn.

- Induction N₂O O₂ : 81/21.

Passage progressif au Penthrane sans incidents.

Réduction des débits de N₂O O₂ : 41/41.

Penthrane donné avec l'appareil de Sabourin (pot à éther de Robert et Carrière) en barbotage.

- Entretien : simple.

- Evolution cardio-vasculaire :

10 h. : T.A. : 16/10 ; pouls : 76.

10 h. 15 : T.A. : 13/7 ; pouls : 72.

10 h. 30 : T.A. : 14/7 ; pouls : 76.

Anesthésie superficielle mais suffisante. Myosis.

Pas de dépression respiratoire cliniquement décelable.

Réveil moteur sur la table d'opération.

Réveil de conscience au bout de 15 à 20 mn.

— Suites opératoires simples.

OBS. n° 57. — P... Jean, 50 ans, 65 g.

Luxation, fracture de l'épaule, reposition sanglante.

— Antécédents : R.A.S.

— Examen clinique :

Ethylisme ++.

Avant l'intervention : T.A. : 14/8 ; pouls : 96.

Traitement par plâtre thoraco-brachial insuffisant.

— Prémédication : Diéthazine-Péthidine (125 mg + 50 mg) en perfusion pré-opératoire dans 250 ml de sérum glucosé à 10 %.

— Induction :

Penthiobarbital : 0,30 + 0,20 g.

Gallamine : 80 mg.

N₂O O₂ : 51/31.

Stade chirurgical atteint en 4 mm.

Intubation trachéale simple. Une secousse de toux.

— Entretien au Penthrane qu'il faut donner pratiquement en permanence, avec passage des gaz en surface.

L'approfondissement de la narcose est assez simple jusqu'à l'obtention d'une chute de la T.A. modérée, avec bradycardie et dépression respiratoire peu marquée.

10 h. 30 : Induction T.A. : 14/8 ; pouls : 96.

10 h. 35 : T.A. : 13/7 ; pouls : 98.

Ventilation : 7,5 l.

10 h. 45 : T.A. : 13/7 ; pouls : 92.

10 h. 55 : T.A. : 12,5/7 ; pouls : 96.

11 h. 10 : T.A. : 11/6 ; pouls : 84.

Ventilation : 6,5 l.

Rythme respiratoire : 24.

11 h. 20 : T.A. : 10,5/6 ; pouls : 80.

11 h. 35 : T.A. : 12/6 ; pouls : 84.

Ventilation : 6,5 l.

Rythme respiratoire : 26.

11 h. 45 : T.A. : 11/6 ; pouls : 88.

11 h. 50 : T.A. : 12/6 ; pouls : 92.

Ventilation : 7,5 à 8 l.

Rythme respiratoire : 28.

Fin de l'intervention à 11 h. 45.

La mise en position assise pour remplacer le thoraco-brachial ne provoque qu'un point de chute tensionnelle. Pendant toute l'intervention, malade en vaso-dilatation apparente périphérique, saignement pourtant peu marqué. Pas de transfusion. S.G. hyper. à 20 % + Insuline. Pdt suites immédiates.

OBS. n° 58. — T... Daniel, 36 ans, 84 kg.

Fracture ancienne des 2 os de l'avant-bras.

— Antécédents : R.A.S. Ethylisme.

— Etat général : moyen. Emotivité ++. T.A. : 14,5/7. Pouls : 104.

— Prémédication : aucune.

— Intervention : ablation des 2 coapteurs internes.

— Induction : N_2O % O_2 : 8 1/21. Appareil de Marrett-cuve à éther.

Passage progressif au Penthrane sans incidents.

Perte de conscience en 3 mn. Tube de Guedel.

Narcose chirurgicale obtenue en 5 mn.

T.A. : 13/7. Pouls : 88.

— Entretien : Penthrane à la demande (presque en permanence).

N_2O O_2 : 51/41 semi-ouvert, puis valve de Ruben vaso.

Narcose assez superficielle. Bonne vasodilatation périphérique. Réflexes oculaires conservés. Myosis.

Aucune irrégularité cardio-vasculaire.

Rythme respiratoire assez élevé, supérieur à 28-30 mouvements/mn. Remontée rapide de la T.A. Ralentissement respiratoire dès la fin de l'intervention.

Reprise de la conscience assez lente (de l'ordre de 20 mn).

Légère pâleur du visage, mais extrémités chaudes et roses.

Ni nausées, ni vomissements.

Analgesie post-opératoire particulièrement marquée.

— Suites opératoires sans incidents.

OBS. n° 59. — B... Jacques, 34 ans, 87 kg.

Fracture du calcanéum à droite.

— Antécédents : R.A.S.

— Examen clinique :

Ethylisme ++.

Etat général excellent.

— Intervention : opération de Stultz.

— Induction à 10 h. : N_2O O_2 : 51/51 sans préparation.

Appareil Mie, cuve à éther en surface, puis en barbotage.
Perte de conscience en 3 mn 30 sans modification du rythme respiratoire.

Introduction du tube de Guedel bien supportée.

Légère agitation au cours de l'aseptie.

Narcose chirurgicale obtenue en 5 à 6 mn.

Il apparaît comme difficile d'obtenir un approfondissement de la narcose, bien que le pot de Penthrane soit largement ouvert sous un débit de 10 l.

Diminution des débits à 31/31 avec introduction de chaux sodée.

En quelques minutes, narcose plus profonde, avec disparition des réflexes palpébraux ; vasoplégie ; chute de la T.A. de 3 points myosis ; dépression respiratoire modérée.

— Evolution cardio-vasculaire :

10 h. : T.A. : 13/7 ; pouls : 90.

10 h. 10 : T.A. : 12/7 ; pouls : 88.

10 h. 20 : T.A. : 9/6 ; pouls : 80.

10 h. 45 : T.A. : 10/6 ; pouls : 76.

11 h. 10 : T.A. : 12/7 ; pouls : 80.

— Durée de l'intervention : 1 h. 05.

— Réveil 5 mn après l'arrêt de l'administration du Pentrane.
Le malade est conscient, bien que supportant parfaitement le tube pharyngé.

— Suites opératoires sans aucun incident.

N°	Année	Age	Etat général	Nature intervention	Durée	Prémédication
1	1955	67	Bon	Arthrodèse	1 h 15	DipDol
2	1955	52	Polynévrite	Réduction sangl.	2 h	Dol. Phénergan
3	1956	38	Excellent	Hémilaminectomie G	1 h 45	DipDol
4	1956	54	B.E.G.	Evidement bourrage	1 h 30	Phénergan-dolosal
5	1956	54	E.G. médiocre	Libération nerf radial	1 h 45	
6	1957	47	B.E.G.	Enclouage	2 h 30	Nembutal-phén. + DipDol
7	1957	76	B.E.G.	Enclouage	2 h 30	Nembutal
8	1957	49	Excellent	Fix. Ext.	2 h 15	Largactyl + DipDol
9	1957	55	B.E.G.	Ostéotaxis	1 h	Nembutal + DipDol
10	1957	51	Pré Delirium	Enclouage	3 h	Nembutal + DipDol + Curéthyl
11	1957	46	Obèse	Bourrage	1 h 30	DipDol + Curéthyl
12	1958	53	Obèse	Résection du genou	1 h 40	Laborit 1/2 Dip 1/2
13	1958	52	Bronch Chron. Néo-Métast. Pulm. M.E.G.	Désarticulation de la hanche	1 h	Laborit
14	1958	62	M.E.G.	Enclouage du col	2 h 15	DipDol Phénergan
15	1958	54	B.E.G.	Laminectomie	1 h 20	DipDol Phénergan
16	1958	64	Médiocre	Clou de Kuntscher	2 h	DipDol
17	1959	55	B.E.G.	Greffe humérale	2 h 45	Dol. Phénergan N ₂ O. Palf.
18	1959	56	Médiocre	Putti	1 h	DipDol
19	1959	48	D.T. 1 mois avant	Excision	1 h 10	DipDol
20	1959	34	D.T. Diabète obèse	Arthrodèse de hanche	2 h 30	Dolosal + 9159
21	1959	49	D.T.	Greffe cutanée	2 h	DipDol

<i>Narcotiques</i>	<i>Curares</i> °	<i>Adjuvants</i>	<i>Incidents</i>
Nes : 0,80 g	D. Tubo : 4	N ₂ O Glucosé iso	Nausées au réveil - D.C.D. 8 ^e jour : embol. pulm.
Nes : 1 g	D. Tubo : 5	Ether : 10 g	Résistant aux anest. - Réveil troublé.
Nes : 1,05 g	D. Tubo : 6 ml	N ₂ O : 50 %	Réveil bon - Incident 2 ^e jour.
Nes : 0,80 g	D. Tubo : 5	N ₂ O : 70 %	Calme
Nes : 1,5 g	Int. : 100 vol	N ₂ O	Légère température.
Nes : 0,5 g	D. Tubo : 7	DipDol : 1/2 amp. + sér. glucosé iso 500	Suites simples.
Nes : 1 g	Flax : 2 amp.	Dip : 1/2 amp. N ₂ O	Suites simples.
Nes : 1,20 g	D. Tubo : 124	Dip 1/4	Spasme per-opératoire - Réveil rapide - Suites simples.
Nes : 0,70 g	D. Tubo : 4	N ₂ O	Réveil excellent - Infractus pulmonaire à dist.
Nes : 0,65 g	D. Tubo : 6	N ₂ O Sang : 1 l. S.G. : 250	Suites simples - Traitements suivis 8 jours.
Nes : 0,80 g	D. Tubo : 4	N ₂ O S.G. : 250	Suites simples.
Nes : 1,30 g	D. Tubo : 6	N ₂ O Dol : 1 amp. Sang : 250	Anesthésie méd. - Réveil rapide - Suites simples.
Nes : 0,40 g		N ₂ O	Réveil : bon - Compl. pulm. à distance.
Viadril : 1 g		S.G. : 600	Réveil excellent.
Nes : 1 g	D. Tubo : 6	N ₂ O Sang : 500	Agitations.
Nes : 1 g	D. Tubo : 3	N ₂ O Sang : 500	Choc au réveil - Suites lointaines simples.
Nes : 0,75 g	D. Tubo : 5	N ₂ O palf. 6/20	Réveil lent et calme.
Nes : 0,60 g			Agitation.
Nes : 1 g	D. Tubo : 6		Réveil bon.
Nes : 1 g	D. Tubo : 5	N ₂ O Sang : 1 l	Réveil bon.
Nes : 0,90 g	D. Tubo : 4	N ₂ O	Réveil agité - Hémorragique.

N°	Année	Age	Etat général	Nature intervention	Durée	Prémédication
22	1960	39	Médiocre	Amputation cuisse	1 h	DipDol + Largactil
23	1960	34	B.E.G.	Enclouage col fémur	1 h	DipDol + RO 404
24	1960	59	Obèse	Réduction fracture avant-bras	1 h	DipDol + Largactil
25	1960	45	B.E.G.	Enclouage col fémur	1 h 15	Laborit
26	1960	53	B.E.G.	Clou-plaque	2 h 30	DipDol
27	1960	58	Médiocre	Aponevrectomie G.	1 h	DipDol
28	1960	58	Médiocre	Aponevrectomie D.	1 h	DipDol
29	1960	53	D.T.	Synt. vis	1 h 30	DipDol
30	1960	31	Psychiatrique	Clou-plaque	1 h 30	Laborit
31	1961	55	Obèse paraplégique	Abord D. Pott	2 h 30	DipDol
32	1961	61	Obèse. I.C. diabétique	Osthéosynthèse olécrâne	1 h 30	DipDol
33	1961	48	B.E.G.	Grefte vissée J.	1 h 45	DipDol
34	1961	42	B.E.G.	Osthéosynthèse	1 h	Dol. Phénergan
35	1961	50	B.E.G.	Pontage tibial	4 h	DipDol
36	1961	47	M.E.G.	Exploration tendineuse	1 h	Laborit
37	1961	71	M.E.G.	Broche	0 h 45	DipDol
38	1961	42	B.E.G. Pré D.T.	Osthéosynthèse jambe	0 h 45	Morphine : 1 ampoule
39	1961	38	B.E.G.	Osthéosynthèse	1 h	Dolosal Phénergan
40	1961	53	M.E.G.	Réduction sanglante	2 h 30	DipDol Bécilan
41	1962	30	B.E.G.	Prélèvement peau	0 h 45	Aucune
42	1962	58	M.E.G.	Enclouage col fémur	2 h	DipDol

<i>Narcotiques</i>	<i>Curares</i>	<i>Adjuvants</i>	<i>Incidents</i>
Nes : 0,50 g	D. Tubo : 5	Viadril : 1 g Sang : 500	Réveil calme - Suites simples.
Nes : 0,95 g	D. Tubo : 4	S.G. hyper 500 ml	Réveil bon - Suites simples.
Nes : 0,20 g		Viadril : 100 + Palf. + N ₂ O 3 mg	Réveil bon.
Nes : 0,90 g	D. Tubo : 5	N ₂ O	Réveil bon - Suites simples.
Nes : 0,60 g	D. Tubo : 5	Viadril : 750 N ₂ O Sang : 1 l S.G. hyper : 500	Bon réveil - Suites simples.
Nes : 0,50 g	D. Tubo : 12	Palf. 1 mg	Apnée - Chute T.A. - Agité au réveil.
Thiogénal : 2		Taractan + Palf. 5 mg	Réveil calme.
Nes : 0,75 g	D. Tubo : 4	Viadril : 1 g	Réveil calme - Suites simples.
Nes : 1 g	D. Tubo : 6	N ₂ O	Grosse agitation au réveil.
Nes : 1 g	D. Tubo : 7	N ₂ O	Chute T.A. - Réveil lent.
Pentothal : 0,60		Viadril : 1 g Dolosal : 0,10	Bon réveil - Suites simples.
Nes : 1,05 g	D. Tubo : 5	Viadril : 900 Sang : 500	Bon réveil - Suites simples.
Pentothal : 1,10 g	D. Tubo : 5	Palfium : 5 mg	Nalorphine 1/2 amp. - Bon réveil - Suites simples.
Nes : 1,10 g	D. Tubo : 5	Palfium : 10 mg + N ₂ O + sang : 500 ml	Réveil lent - Agitation dans la soirée - Suites simples.
Nes : 1 g	D. Tubo : 5	Dol : 1 amp. + N ₂ O	Bon réveil - Suites simples.
Nes : 0,40 g		Viadril : 300	Bon.
Penthiobarbital : 0,75	D. Tubo : 13	Viadril : 500 + 1 Dol	Viadril dans la soirée : 1 g - Suites simples.
Nes : 0,65 g		Palf. 10 + N ₂ O + Librium : 100	Apnée avec Palf. - Suites simples.
Nes : 1,30 g	D. Tubo : 8	Dol. : 1 amp. + Palf. 2/5 Sang : 500	Légère agitation au réveil - Suites simples.
Nes : 1,20 g	D. Tubo : 15	Palf. : 5 mg	Mauvaise anesthésie.
Nes : 0,90 g		Palf. : 10 mg	R.A.S.

N°	Année	Age	Etat général	Nature intervention	Durée	Prémédication
43	1962	48	B.E.G. Bronch. chron.	Vissage malléole	0 h 45	DipDol
44	1962	55	Obèse	Patélectomie	1 h 30	DipDol + Phénergan
45	1962	41	B.E.G.	Ménisectomie	1 h	Théralène
46	1962	59	Obèse	Hygroma	0 h 30	Dipdol + Palf.
47	1962	36	A.B.E.G.	Suture	1 h	DipDol
48	1962	50	Obèse	Résection méta phal.	0 h 45	DipDol + Bécilan
49	1962	53	M.E.G.	Tarsectomie	1 h 40	Phénergan + Dolosal
50	1962	67	B.E.G.	Arthrodèse	2 h 10	DipDol + Phénergan
51	1963	62	M.E.G.	Reposition sanglante	2 h	DipDol
52	1963	56	B.E.G. D.T.	Fixateur ext. jambe	2 h 30	DipDol + Bécilan + Curéthyl
53	1963	57	Médiocre	Ostéosynthèse	2 h	Gamma 0 h : 3 g
54	1963	45	B.E.G.	Arthrotomie	2 h	Taractan + Palfium.
55	1963	56	B.E.G.	Fracture du cotyle	1 h 40	Morphine Atropine I.M.
56	1963	64	Très bon	Ménisectomie	0 h 35	Dolosal Atropine
57	1963	50	Bon	Reposition sanglante	1 h 15	Diéthazine Péthidine
58	1963	36	Moyen	Ablation matériel	0 h 30	Aucune
59	1963	34	Excellent	Stultz	1 h 05	Aucune

<i>Narcotiques</i>	<i>Curares</i>	<i>Adjuvants</i>	<i>Incidents</i>
es : 1,05 g	D. Tubo : 6	Palf. 5 + N ₂ O	R.A.S.
		Viadril : 1 g	Excellent.
es : 1,25 g	D. Tubo : 15	Palf. 5 + N ₂ O	Mauvaise anesthésie - Agitation post-opératoire.
es : 1 g		Viadril : 500	Bon.
		Viadril : 500 + Dol : 1 amp. + N ₂ O	Réveil agité - Suites simples.
es : 0,50 g	D. Tubo : 12	Palf. 3 + N ₂ O	Réveil rapide - Suites simples.
es : 0,7 g	D. Tubo : 12	Palf. 5 + N ₂ O	Réveil immédiat - Suites simples.
es : 0,20 g	Aucun	Viadril : 1 Palf. 3,5 N ₂ O	Petite agitation - Suites simples.
es : 0,70 g	D. Tubo : 18	Palfium : 11 Viadril : 1	Réveil bon - Suites immédiates simples.
es : 0,10 g	Aucun	Viadril : 1 g Palf. 8,5 N ₂ O	Bon
enthio- barbital : 0,50	Aucun	Palfium : 5 Atropine : 1/2	Réveil : bon - Suites simples.
enthio- barbital : 1,45	D. Tubo : 18	Palf. 3	Spasmes serrés - Agitation per-op. - Réveil rapide et agité.
enthio- Penthrane : 0,40	Aucun	N ₂ O	Ralentissement du rythme respiratoire en cours de narcose - Réveil rapide.
enthiane	Aucun	N ₂ O	Réveil 15 à 20 minutes - Suites simples.
enthio- Penthrane : 0,50	Gallamine : 80	N ₂ O	Bonne anesthésie - Suites simples.
enthiane	Aucun	N ₂ O	Bonne anesthésie - Suites simples.
enthiane	Aucun	N ₂ O	Réveil rapide - Bonne analgésie - Suites simples.

CHAPITRE III

ETUDE DES RESULTATS

I. — La prémédication

1. RÉSULTATS GLOBAUX.

Sur 2.850 cas, 1.855, soit 70 % des malades ont bénéficié du mélange Diparcol-Dolosal ou Diparcol-Dolosal associé aux : Nembutal, Largactyl, Phénergan, Palfium.

Parmi les 30 % restants, 10 % ont reçu une prémédication à base de Phénergan-Dolosal.

2. RÉSULTATS DONNÉS PAR LES TABLEAUX.

a) *Prémédication type :*

Diparcol-Dolosal : 21 cas,

Diparcol-Dolosal associé aux : Nembutal, ou Largactyl, ou Phénergan, ou Palfium : 20 cas.

Soit au total 41 cas.

— Complications d'ordre général :

— Incidents en cours de prémédication : 2 cas (obs. 16 et 52) :

obs. 16 : délire confusionnel ;

obs. 52 : transpiration apparue au cours de la perfusion.

— Apnée et chute tensionnelle en cours d'intervention : 1 cas (27), il s'agissait d'un insuffisant respiratoire (thoracoplastie).

(*) (La préparation Diparcol-Dolosal est une véritable anesthésie).
R. Deleuze.

— Mauvaise anesthésie (réveil, spasmes) : 3 cas (obs. 8, 12, 15).

Obs. 8 et 12 : obèses.

Poussée tensionnelle en cours d'intervention : 1 cas (6).

Au total 7 incidents dont 2 vraiment imputables au DipDol.

L'observation 16 rapporte un cas de délire confusionnel passager et bénin survenu chez un malade préalablement agité ; ni tachycardie, ni chute tensionnelle. Cependant ses suites opératoires ont été compliquées par un choc.

Les incidents en cours de prémédication au DipDol restent exceptionnels. Néanmoins nous préférons l'effectuer en salle d'anesthésie sous surveillance attentive.

b) *Prémédication type Phénergan-Dolosal* : 6 observations (2, 4, 5, 34, 39, 49).

— Complications d'ordre général :

1 cas de réveil agité (obs. 2).

Nous avons remarqué que dans certains cas le Phénergan provoquait une désorientation avec agitation.

c) *Les autres modes de prémédication* ne sont pas en nombre suffisant pour nous permettre d'établir des données comparatives. Nous ne les rapporterons pas ici.

II. — Les méthodes d'anesthésie

Nous avons utilisé l'anesthésie la plus simple : Penthiobarbital-Curare-Protoxyde d'Azote dans 90 % des cas au cours des années comprises entre 1955 et 1960. A partir de 1960, nous avons consolidé ou même remplacé ce type d'anesthésie par le Viadril, le Palfium, le Penthrane.

DOSES ET NATURE DES ANESTHÉSIFIQUES UTILISÉS

a) *Protoxyde d'Azote* :

Dans tous les cas à la concentration de 50 à 70 %, sauf obs. 2 (Ether).

b) *Penthiobarbital* :

Doses inférieures à 0,50 g : 8 cas (obs. 6, 13, 22, 24, 27, 37, 50, 52, 55).

Doses comprises entre 0,50 et 0,75 g : 10 cas (obs. 9, 10, 17, 18, 26, 29, 38, 39, 48, 49, 51, 53).

Doses comprises entre 0,75 et 1 g : 17 cas (obs. 1, 2, 4, 7, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 30, 31, 36, 42, 47).

Doses supérieures à 1 g : 11 cas (obs. 3, 5, 8, 12, 33, 35, 40, 41, 43, 45, 54).

Soit 11 observations sur un total de 50 où nous avons utilisé plus de 1 g de Penthiobarbital. A noter que 4 malades (5, 41, 45, 54) n'ont pas reçu de prémédication à base de DipDol. Le 41 n'a reçu, quant à lui, aucune prémédication.

Il ressort de cette étude que le DipDol potentialise fortement le Penthiobarbital. Ces chiffres paraissent d'autant plus bas si l'on compare les doses que nous utilisons à celles qu'emploient les auteurs cités antérieurement.

c) *Curares* :

Nous utilisons dans la majorité des cas la D. Tubocurarine administrée à faible dose.

d) *Palfium* :

Utilisation, dans 18 cas (obs. 17, 24, 28, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54).

On dénombre 5 cas d'accidents per-opératoires. 2 sont directement imputables au Palfium (obs. 27 et 39) : apnée, puis bradypnée (Palfium employé seul). Le 54 : spasmes serrés, agitation per-opératoire, réveil rapide avec grosse agitation psychique. Dans le cas présent, le Palfium était associé au Taractan. Nous avons eu plusieurs exemples d'incidents semblables à la suite de cette association.

e) *Viadril* :

Nous en rapportons 14 cas (obs. 14, 22, 24, 26, 29, 32, 33, 37, 38, 44, 46, 47, 50, 51, 52).

Les doses moyennes administrées avoisinent 0,85 g. Nous utilisons très souvent le Viadril en association avec le Penthiobarbital. Nous obtenons ainsi une anesthésie de très bonne qualité avec hypnose profonde, bonne analgésie que l'on peut d'ailleurs améliorer par adjonction de Dolosal ou de Palfium.

f) *Penthrane* :

Nous ferons état de 5 cas (obs. 55, 56, 57, 58, 59).

- 2 cas : 58 et 59, n'avaient reçu aucune prémédication et aucun curarisant. Les durées d'anesthésie étaient respectivement de 30 mn et 1 h. 05. Dans les 2 cas, l'anesthésie a été bonne et les suites simples.
- 2 cas avec prémédication vagolytique (56 et 57) ont eu une durée d'intervention qui a dépassé 1 h.
- 1 cas (55) avec troubles respiratoires bénins notés en per-opératoire. Analgésie très prolongée dans les suites opératoires.

III. — **Commentaire**

Parmi les 59 observations, il faut noter un choc post-opératoire difficilement explicable (obs. 16). Le malade avait présenté quelques signes cliniques en cours de prémédication. Nous retenons une polynévrite des membres inférieurs.

L'observation 30 rapporte un cas très défavorable de délirant chronique.

Au contraire, nous croyons devoir signaler comme particulièrement intéressantes les observations 10, 19, 20, 21, 29, 38, 52. Intéressantes par le fait que tous ces malades avaient présenté des accidents délirants post-traumatiques, alors que leur anesthésie et leurs suites opératoires ont été très simples. Intéressantes par le fait que 3 d'entre eux (29, 38, 52) ont reçu des doses relativement faibles de Penthiobarbital (52 : 0,10 g), grâce à leur prémédication et à l'utilisation du Viadril tout à la fois.

Les observations 44 et 46, du fait de la constitution des sujets : obèses et éthyliques, laissaient présager des difficultés accrues. Tous deux ont été anesthésiés sous Viadril associé au Palfium et après le mélange Diparcol-Dolosal.

Dans l'ensemble, nous pouvons conclure à une très nette diminution des doses d'anesthésiques nécessaires si l'on considère les données des méthodes classiques. Ces dernières prévoient des quantités de Penthiobarbital considérables dès

la période d'induction. Nous avons réussi, quant à nous, à remplacer totalement le Penthiobarbital par le Viadril.

Le réveil est plus long à obtenir avec nos méthodes. Nous ne considérons pas que ce soit un désavantage. Les malades sont calmes, possèdent tous leurs réflexes et leur aspect général ne nous a jamais inspiré la moindre inquiétude. 5 d'entre eux (8, 12, 48, 49, 54) ont eu un réveil rapide ; seul le 54 a été agité.

L'anesthésie au Penthrane, par contre, est suivie d'un réveil rapide. Mais une analgésie très forte persiste longtemps après. Le réveil est dans tous les cas excellent.

LES VOMISSEMENTS ET LES NAUSÉES POST-OPÉRATOIRES :

De l'ensemble de ces observations et d'une statistique portant sur un plus grand nombre de cas, nous pouvons conclure à une faible proportion de vomissements, souvent peu marqués d'ailleurs. Nous n'en rapportons qu'un cas (obs. 1).

Nous ne relevons qu'une complication pulmonaire à laquelle on s'attendait d'ailleurs, puisque le malade présentait une métastase pulmonaire avant l'intervention (obs. 13). Aucune autre complication pulmonaire des premiers jours — atelectasiques, ou congestives — n'est survenue ; par contre deux complications vasculaires à type de thrombose ont entraîné la mort du sujet par embolie pulmonaire dans le premier cas et une embolie pulmonaire jugulée par traitement aux anticoagulants dans le deuxième cas.

ESSAI DE SYNTHESE

L'idéal serait de pouvoir réaliser une intervention chirurgicale chez l'éthylique courant, sous l'anesthésie la plus simple et la plus efficace. Mais comme le soulignait Mac-Intosh « L'alcool pris pendant 10 ans produit une grande résistance aux anesthésiques ». L'éthylique courant se présente comme un sujet en bon état général. Cependant toute agression peut provoquer une rupture de cet équilibre organique précaire : nous avons relaté de nombreux cas de délires survenus quelques heures après le traumatisme. Notre but a donc été de pratiquer des anesthésies atoxiques et fortement analgésiques. Ce que nous avons réussi dans la majorité des cas : aucun délire n'a été relevé dans les suites opératoires. Nous avons de même rapporté 7 cas intéressants de malades qui avaient présenté des accidents délirants post-traumatiques et dont les suites opératoires ont été fort simples.

La difficulté réside dans le fait que l'éthylique courant a des réflexes d'irritabilité augmentés, ce qui explique en partie la résistance au début de l'anesthésie et les surdosages fréquents en produits plus ou moins toxiques. Nous avons toujours cherché à réaliser une bonne anesthésie qui permet au chirurgien de travailler dans des conditions optimales, d'éviter des surcharges en produits anesthésiques et d'assurer une analgésie post-opératoire durable. Pour ce faire, nous réalisons par le biais d'une prémédication à la fois vagolytique, hypnogène, sédatrice, spasmolytique et surtout potentialisatrice un malade standard chez lequel les problèmes d'anesthésie ne présenteront plus une aussi grande acuité. Nous avons même montré que le Viadril pouvait, à lui seul, nous rendre de précieux services. Il nous a donné entière satisfaction, tant par son atoxicité que par son pouvoir de potentialisation très important.

Le Penthrane, dont nous ne possédons qu'une expérience limitée, semble posséder tous les avantages attachés aux anesthésiques volatils halogénés :

- non explosif,
- non irritant,
- analgésique relativement puissant et d'effet étalé, plus prolongé que les effets narcotiques,
- suffisamment relaxant musculaire,
- entretien de l'anesthésie assez simple, surtout avec l'appareillage adéquat,
- analgésie post-opératoire très prolongée.

Il ne semble pas exister de réelles contre-indications à son sujet.

CONCLUSIONS

I. — A la suite de nos observations de pratique quotidienne, effectuées au Centre de Traumatologie de l'Hôpital E.-Herriot, nous estimons que 50 % des sujets anesthésiés sont ce que Baumann appelle « des éthyliques courants ».

Ils se présentent, le plus souvent, comme des sujets en bon état général apparent alors qu'en réalité leur équilibre organique est déjà instable. L'agression traumatique, comme le montrent nos observations, rompt parfois cet équilibre.

II. — Devant les accidents délirants, les cardiopathies et les polynévrites alcooliques, nous jugeons indispensable de surseoir à l'intervention, afin d'instaurer une thérapeutique. Cette dernière ne constitue pas un problème d'anesthésie mais elle a une incidence importante sur la question qui nous préoccupe.

III. — Nous avons à résoudre le problème posé par l'éthylique chronique : malade difficile, classiquement résistant aux drogues ; exposé à de nombreux accidents en cours d'induction : phase d'excitation, spasmes, etc... et chez lequel peuvent survenir des accidents graves post-opératoires : délires subaigus, delirium tremens, delirium tremens gravissimes. Notre expérience montre que le point le plus important consiste à lui procurer une prémédication hypnogène, vagolytique, potentialisatrice des narcotiques qui, chez lui, sont mal acceptés. Toute prémédication qui réunit ces trois qualités fondamentales permet de réaliser une anesthésie correcte tout en restant atoxique.

IV. — Le mélange Diéthazine - Péthidine (DipDol), que nous utilisons habituellement, représente certainement le meilleur mode de prémédication. Il procure le maximum de pro-

tection contre les phases d'excitations notées en début d'anesthésie, les spasmes et les troubles respiratoires. Il potentialise de façon majeure les narcotiques.

L'utilisation d'un analgésique puissant (Palfium) évite à son tour l'emploi d'une forte dose de narcotiques et procure une analgésie post-opératoire durable.

Le Viadril s'avère supérieur aux barbituriques. Bien toléré, totalement atoxique, associé à un analgésique, il procure une anesthésie d'excellente qualité.

Le Penthrane semble présenter de gros avantages. Notre expérience est trop limitée pour que nous puissions en faire état.

V. — Notre conception générale vise à créer un malade standard par le biais d'une prémédication systématique. Elle se confirme par l'étude de nos résultats : aucun incident grave en cours d'anesthésie, aucun délire post-opératoire sur 2.850 observations chez l'éthylique chronique. Parmi ces 2.850 malades, 250 avaient présenté des accidents délirants post-traumatiques.

Vu :

Le Doyen,

J.-F. CIER

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. CREYSSEL.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 25 Novembre 1963.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- ADRIANI J. — La pharmacologie des anesthésiques. Thomas, édit. Springfield, III, U.S.A., 1952.
- ALEX R., VEYRAT A. — Les manifestations somatiques de l'alcoolisme. *Cahiers Médic. Lyonnais*. L'alcoolisme. Tome XXXIX, n° 6, juin 1963.
- AMPHOUX M. — Morbidité et mortalité par alcoolisme dans un service hospitalier de la région parisienne. *Thèse Paris*, 1956.
- BACHER K.-R. — La vitamine B₁₂ pour le traitement du délire alcoolique. *Deutsche Med. Wechr.*, 17 déc. 1954, n° 51, pp. 1901-1903.
- BALTHAZARD et LARUE. — Destruction de l'alcool dans l'organisme du chien accoutumé à l'ingestion d'alcool. *Année Méd. Légale*, 1921, p. 10.
- BARBONNEIX. — Insuffisance cardiaque, éthylisme et avitaminose B. *Gaz. des Hôpitaux*. Tome CXII, p. 1349, nov. 1939.
- BAUMANN J. — L'anesthésiologie dans la chirurgie chez les alcooliques. Cours d'anesthésiologie, année scolaire 1949-1950. Librairie des Escholiers, 7^e fascicule, pp. 118-120.
- BAUMANN J. et Coll. — Les accidents per et post-opératoires chez les alcooliques. *Cahiers Anesth.*, janv.-fév. 1961, 8, n° 4, 331-390.
- BAUMANN J. — Incidences de l'alcoolisme chronique sur la pratique de la chirurgie. *Congrès Français de Chir.*, 6^e Session, Paris, 1960, 137-323.
- BICKEL, GUYE, CALAME. — Asystolie aiguë d'origine éthylique, résistante aux tonocardiaques, rapidement guérie par la vitamine B₁. *Rev. Méd. Suisse Romande*, T. LIX, pp. 811-816, nov. 1939.
- BOLESCH. — Research of the effect of vitamin B₆ on post-anesthesia vomiting. April 1962, volume 3, number 4, p. 938. *Med. Welt*, 48.2535. 7 Dec. 61. Germ.
- BOLOT F. — Les accidents graves chez les éthyliques. In : Soins pré et post-opératoires. Le François, édit., Paris, 1953, pp. 150-151.
- DU BOUCHET N. — Anesthésie chez l'alcoolique. Ed. Méd. Flammarion. *Anesth. Réan.* Chapitre VII, p. 983.

- BOWMAN K.-M. — Alcoholism U.S.A. *J. Psychiatric*, 117 : 628. 30 janvier 61.
- LE BRETON E. — Physiopathologie de l'alcool éthylique. *Encyclo. Méd. Chir. Intoxications*. Fasc. 16.055.
- LE BRETON E. — Signification physiologique de l'oxydation de l'alcool éthylique dans l'organisme. *Thèse de Sciences, Paris*, 1936.
- BRODOWSKY R. — Anesthésie chez l'alcoolique. *E.M.C. (Anesthésie - Réanimation)*, pp. 36-650, D₁₀, 1 à 4.
- BRUEL et LECOQ. — Recherches sur l'alcoolisme chronique. *Presse Méd.*, 23-26 avril 1946, p. 436.
- CARRATALA R. — Alcool et anesthésie. *Hospital*, fév. 1949, 35, n° 2, pp. 215-229.
- CENSIER-GYLLING E. — L'alcoolémie chez les accidentés de la route. *Thèse Paris*, 1959, n° 304.
- CHEMYOL J. — Curares naturels et curares de synthèse. In *Actualités Pharmacologiques*, 1949, 1^{re} série. Masson et Cie, édit., 1-52.
- COIRAULT. — Etats d'agitation et états confusionnels post-opératoires, états confusionnels et confuso-oniriques. In *Agressologie Ser. Prop.*, édit., inform., Paris, 1958.
- COIRAULT, LABORIT, DAMASIO. — Le delirium tremens. Paris, 1958.
- COUSIN. — Vitamine B₆ et alcoolisme. *J. Médic. Chir. Prat.*, oct. 1959 ; 130.
- DELEUZE R. — Les substances antihistaminiques et dérivés de la Parathiazine en anesthésie. Incidence de leur emploi sur le choc et la maladie post-opératoire. Lyon, 1953. *Thèse*.
- DELMAS, MARSALLET P. — Les délires alcooliques aigus. *Revue du Prat.*, t. III, n° 32, 11 déc. 1953, pp. 2409-2418.
- DEROBERT L. — Enquête sur la responsabilité de l'alcoolisme chronique dans la détermination des accidents mortels de la circulation à Paris. *La Revue de l'Alcoolisme*, 1957, t. II, n° 22, p. 232.
- DEROBERT L. — Intoxications et maladies professionnelles. « Alcool éthylique ». Editions Médicales, Flammarion, p. 795 à 840.
- DEROBERT L. et DUCHÊNE H. — L'alcoolisme aigu et chronique. Librairie J.-F. Baillière et Fils, 1942.
- DESJACQUES. — Les aspects chirurgicaux de l'alcoolisme. *Lyon Chir.* Séance du 1^{er} juillet 1941.
- DURANTEAU A.-M. — Le risque en anesthésie. *Revue du Prat.*, 1^{er} juin 1955, 5, n° 16, 1637-1646.
- Editorial.* — Contre-indications de l'anesthésie au Penthotal. *Brit. Med. J.*, 1^{er} oct. 1955 ; 830-831.

- ESCOUROLLE R. — Le traitement des états de l'alcoolisme chronique. *Fr. Méd.*, 17, n° 6, juin 1954, p. 15-19.
- ESPARCEIL L. — Nouvelles recherches expérimentales sur l'accoutumance à l'alcool chez l'homme. *Thèse Toulouse*, 1936.
- FELLION G. — Traitement de l'alcoolisme. *Thèse Méd. Paris*, 1951.
- FISCHER H.-D., CELSSNER W. — The effect of barbiturates on alcohol elimination in mice. *Klin. Wsch.*, 39 ; 1265 ; 1^{er} dec. 61, p. 930. Ger.
- FOSTER H.-K. — L'alcoolisme chronique chez des sujets assujettis à un traitement opératoire. *Arch. Surg.*, juill. 1939, n° 1, 57-85.
- GILLES M.-R. — Problèmes posés à l'anesthésiologiste par l'alcoolique. Exposés d'anesthésiologie, 2^e série. Masson, édit., p. 31 à 45.
- GILLES M.-R. — Problèmes posés à l'anesthésiologiste par les états confusionnels post-opératoires. Exposés d'anesthésiologie, 2^e série. Masson, édit., p. 46 à 54.
- GIRARD, DELMAS, MARSALLET. — *Rev. Prat.*, 11 déc. 1953, 3, 32, numéro spécial.
- GLOPKOR F.-G. — Les circonstances de la chirurgie chez les éthyliques (complication anesthésie, réanimation). *Thèse Paris*, 1956, n° 605.
- GOINARD P., FERRAND J., TARDIEU P. — Sur certains accidents post-opératoires graves des éthyliques. *Lyon Chirurgical*, janv.-fév. 1947, n° 1, 56-62.
- GOINARD P., TARDIEU P. — Complications post-opératoires abdominales chez un éthylique. Action favorable de la novocaïne intra-sternale. *Afr. Franç. Chir.*, mars-avr. 1947, 2, 138-141.
- GRABILL F.-J., HOCKMUTH L., TUOHY E.-B. — Intravenous use of alcohol in surgery ; post-operative use of 7,5 per cen ethyl alcohol, 5 per cent protein hydrolysate and 5 per cent dextrose in 1000 ml of water. *Anest. and Analg.*, 1950, 29, 211, 216.
- GREENFIELD. — Use of phenotiazines in alcoholic agitation. *Med. An.*, dec. 61, march. 62, p. 571.
- GUALANDI W. — Le problème de l'anesthésie chez l'alcoolique chronique. *Minerva Anesth.*, sept. 1962, 28, n° 9, 364-367.
- GUIRAUD, BONAFOUS, SERIEUX, NODET. — Symptômes et lésions du système nerveux végétatif dans l'alcoolisme chronique. *Ann. Méd. Psych.*, 1936, t. I, p. 211.
- HAINAUT J. — Le delirium tremens. *Thèse Paris*, déc. 1955.
- HUGUENARD P. — Les anesthésiques intra-veineux non barbituriques. Rapport au X^e Congrès Français d'Anesthésiologie, Lyon, 9-11 juillet 1960. *Anesth. et Analg.*

- HUGUENARD P. et FAYOT R. — Intérêt de la mesure de l'excitabilité neuro-musculaire en anesthésiologie. *Anesthésie et Analgésie*, t. XII, n° 3, juin 1955, p. 557-591.
- HUGUENARD P. et JAQUENOUD P. — Exposés d'anesthésiologie à l'usage des praticiens et des étudiants. Deuxième série. Masson et Cie, édit., 1960, p. 31 à 54.
- KARP M. et SOKOL J.-K. — Intravenous use of alcohol in surgical patients. *J.A.M.A.*, 1951 ; 146 ; 21-23.
- KEARNY. — Ce qu'enseignent les statistiques en matière d'accidents de la route. *Rev. Prat.*, t. VIII, n° 21, juillet 1958.
- KERN E. — Les adjuvants anesthésiques peropératoires. *Cahiers Anesth.*, avril 1954, n° 8.
- KERN E. — Problème d'anesthésie et de réanimation en chirurgie des traumatismes. *Anesth. et Analg.*, 1952. 9. 102-188.
- KERN E. — Aspects nouveaux de l'anesthésiologie en traumatologie. In *Acta de l'Institut d'Anesthésiologie*, 3, Arnette édit.
- KISSEN M.-D. — Treatment of acute and chronic alcoholism. A controlled evaluation. *P. Med.*, 5 nov. 1960.
- KROPF G. et MENAGER V. — Delirium post-opératoire et neuroplégie. *Anest. Analg.*, déc. 1953, 10, n° 4, 623-624
- LABORIT H. et LABORIT Mme G. — Excitabilité neuro-musculaire et équilibre ionique. Intérêt pratique en chirurgie et en hibernothérapie. Masson, édit., 1955.
- LAMBERT O. — La maladie post-opératoire. Etude biologique et essai prophylactique. Paris, Masson, édit., 1943.
- LASSNER J. — Quelques principes de réanimation. *Anesth. Analg.*, fév. 1953, 10, n° 1, p. 64-73.
- LASSNER J. — L'anesthésie de l'alcoolique. In « cours pour la préparation du Certificat d'Etudes spéciales d'anesthésie ». *Anest.*, 1954.
- LASSNER J. — L'anesthésiologie chez l'obèse. In : Cours d'anesthésie. Arnette, édit., Paris, 1958.
- LECOQ R. — Dépistage et interprétation des perturbations humorales et sanguines des alcooliques chroniques. *La Revue de l'Alcoolisme*, t. II, n° 22, p. 213.
- LECOQ R. — Les thérapeutiques de l'alcoolisme. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1950.
- LECOQ R. — Acquisitions récentes sur le rôle des enzymes dans le métabolisme de l'alcool.
- LECOQ R. — Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 8 nov. 1955.
- LEDERMANN S. — L'alcoolisation excessive et la mortalité des Français. *Concours Méd.*, avr.-mai 1953, 75 ; p. 16 à 19.

- LÉGER Lucien. — L'amyplasémie au cours de l'alcoolisme aigu. *Pr. Méd.*, 63, n° 11, 12 fév. 1955, p. 218.
- LEREBoullet J. — Leçon sur l'alcoolisme.
- LEVY J. — Durée d'action de quelques barbituriques et thiobarbituriques et leur métabolisme. *Acta de l'Institut d'Anesthésiologie*, 4, 133-151 ; Arnette, édit., Paris, 1956.
- LUTZ, JAEHN, SCHAEZEL H. — Emploi du chlorhydrate d'heptaminol comme adjuvant dans le traitement des alcooliques. *Progrès Méd.*, 10 janv. 1959 ; 87 ; n° 1 ; 48.
- MARTIN C. — L'anesthésie de base (Diparcol-Dolosal) en chirurgie gériatrique et chez le malade représentant un mauvais risque. *Anesth. et Analg.*, avr. 1955, 12, n° 22 ; 335-347.
- MAY E. — Le problème de l'alcoolisme en France. *Semaines Professionnelles et Médico-Sociales*, avr.-mai 1954.
- MAZEL P. — Delirium tremens traumatique. XVIII^e Congrès Méd. Lég., Paris, 1933. *Ann. Méd. Lég.*, 1933, p. 224-279.
- MIRAILLET P. — Manifestations psychiatriques de l'alcoolisme. *C.M.L. L'Alcoolisme*. T. XXXIX, n° 6, j. 63, p. 617-623.
- MIRAILLET et RIVES D. — Vingt cas de delirium tremens en traumatologie, traités par les médicaments neuroplégiques. *Revue Alcoolisme*, 7^e année, n° 8, oct.-déc. 1954, p. 182.
- MONOD R., PIEDELIÈVRE. — L'alcool, la route et la législation. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1958, n° 31-32.
- MORICE — Enquête sur la responsabilité de l'alcoolisme chronique dans la détermination des accidents du travail. *La Revue de l'Alcoolisme*, t. III, n° 6, p. 129.
- MOUCHOT G. — L'alcoolisme en France. *Medical World London*, 3 oct. 1952.
- NOEL J.-Y. — Contribution à l'étude du delirium tremens. *Thèse Médicale Paris*, 1950, n° 36.
- PASQUIER P. DU. — Traitement du delirium tremens. *Journ. Méd. Bordeaux*, 129^e année, n° 10, oct. 1952, p. 1004-1005.
- PERRIN P. — Physiopathologie de l'alcoolisme. *Etudes anti-alcooliques*, Nantes, 1948, 2.
- PERRIN P., BOQUIEN Y. — L'alcoolisme. *Synthèses cliniques, supp. des Monographies Méd. et Scient.*, n° 89, déc. 1960.
- PLANQUES, DARDENNE, AUVERGNAT, MADRANGE, CHADONNE. — Symptôme de l'alcoolisme de route. *Toulouse Méd.*, 61-65, 62, oct. 1960.
- PLUVINAGE R.-J.-L. — Le traitement du delirium tremens. Les Entretiens de Bichat Méd., 1954. *Exp. Scient. Française*, p. 141-144.
- PLUVINAGE R.-J.-L., GASTEAU E. — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur le delirium tremens. *Monde Méd.*, nov.-déc. 1953, p. 330-338.

- REYSS-BRION. — Alcool, boissons alcoolisées et alcoolisme. *Cahiers Médic. Lyonnais*. L'Alcoolisme. T. XXXIX, n° 6, juin 1963, p. 573-583.
- ROBERT J.-M. — Delires aigus des éthyliques. Intoxications thérapeutiques. *Cahiers Médicaux Lyonnais*. Les grandes urgences médicales, p. 47 à 50.
- ROUET C. — L'anesthésie chez l'alcoolique. *Cahiers d'Anesth.*, avril 1956, 3, n° 7, p. 629 à 647.
- SCHMITT H. — Eléments de pharmacologie. Edit. Méd., Flammarion, p. 95-123.
- THURIES J., LOUVET M., ESPINASSE A., BUSSENAULT J. — Etude clinique de 500 anesthésies stéroïdes en méthode rapide. *Extraits des Cahiers d'Anesthésiologie*, t. IX, n° 4-5, 1962, p. 9 à 49.
- TREMOLIÈRE, CARRE. — Demonstration of peroxydase systems oxydizing alcohol in the alcoholic. *C.R. Acad. Scient.*, Paris, 251 ; 2785 ; 7 déc. 1960.
- WYANT G.-M., CHUNG AI CHANG et RAPICAVOLI E. — Methoxyflurane (Penthrane) : a laboratory and clinical study. *Canad. Anaesth. Soc. J.*, 8, 5 sept. 1961, 477- 487.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
PREMIERE PARTIE. — Physiopathologie de l'alcoolisme chronique et métabolisme de l'alcool éthylique	15
CHAPITRE PREMIER. — Physiopathologie de l'alcoolisme chronique	17
CHAPITRE II. — Métabolisme de l'alcool éthylique ..	21
DEUXIEME PARTIE. — L'anesthésie chez l'alcoolique chronique	27
CHAPITRE PREMIER. — Solutions proposées par différents auteurs	31
CHAPITRE II. — Observations personnelles	35
CHAPITRE III. — Etudes des résultats	81
ESSAI DE SYNTHESE	87
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE	91

